

**Patrícia Rosin Lacintra Vechia Leiva**

**O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DE ACESSO E DA  
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): GESTÃO DO  
TRABALHO E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DOS SERVIDORES DE  
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO –  
SP**

Tese apresentada Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção do título de doutora em Ciências

São Paulo  
2019

**Patrícia Rosin Lacintra Vechia Leiva**

**O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DE ACESSO E DA  
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): GESTÃO DO  
TRABALHO E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DOS SERVIDORES DE  
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO –  
SP**

Tese apresentada Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção do título de doutora em Ciências

**Orientador:**

Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz

São Paulo

2019

Vechia Leiva, Patrícia Rosin Lacintra

**O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Gestão do Trabalho e Repercussões na Saúde dos Servidores de um Município Da Região Metropolitana De São Paulo – SP.** Patrícia Rosin Lacintra Vechia Leiva. – São Paulo, 2019.

xvi, 179f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: The National Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB): Work Management and Health Impact of Workers of a Municipality of the Metropolitan Region of São Paulo - SP.

1. PMAQ-AB; 2. Gestão do trabalho em saúde; 3. Avaliação; 4. Saúde do Trabalhador; 5. SUS.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**

**Profa. Dra. Rosemarie Andreazza**

Chefe do Departamento

**Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Patrícia Rosin Lacintra Vechia Leiva**

**O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DE ACESSO E DA  
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): GESTÃO DO  
TRABALHO E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DOS SERVIDORES DE  
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO –  
SP**

Presidente da banca:

**Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz**

**BANCA EXAMINADORA**

**Titulares**

Prof. Dr. Cássio Silveira

Profa. Dra. Cássia Baldini Soares

Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

Profa. Dra. Marília Cristina Prado Louvison

**Suplentes**

Profa. Dra. Patrícia Martins Goulart

Profa. Dra. Edvânia Ângela de Souza Lourenço

*Dedico este trabalho a todos os funcionários públicos da área de Saúde e de Educação que se mantém fortes, mesmo em tempos de sucateamento dos equipamentos públicos, de corte de gastos e de conservadorismo acentuado. Que possamos passar por este momento fortes e unidos.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os servidores da Prefeitura de Guarulhos que dedicaram seu tempo a conversar comigo e me contar suas histórias, impressões, alegrias e tristezas do trabalho com a saúde, regadas a manhãs cheias de comida, abraços e agradecimentos. Também agradeço aos que, no núcleo central possibilitaram que esta pesquisa acontecesse.

Agradeço também as amigas bailarinas que auxiliaram nesses quatro anos de leveza perante a arte. Um especial para Tatiana Almeida pelo coleguismo (tarefa dada é tarefa cumprida!), Lilian Camoezi e Ligia Valim pelo apoio e pela disponibilidade a qualquer hora e para qualquer coisa.

Agradeço à Evany Salvador que me reabilitou pós-cirurgia, mas que me ensinou também a me distanciar dos meus medos e ser mais racional nos momentos de crise e à Elisangela Demetrio, parceira de vida, que sempre me possibilitou transpor as discussões da gestão em saúde para a gestão em educação.

Agradeço aos meus amigos de luta: Marlon Ribeiro da Silva, Jayne Mello, Ana Bonilha, Isabela Pellacani. Fiz poucos amigos na universidade, mas os que fiz não muito especiais e duradouros.

Agradeço às colegas de pesquisa Regina Helena Petroni Mennin, Sheila Araújo Costa, Alessandra Paula Ferreira Moreira Neumann, Eliziane Jacqueline dos Santos pelo apoio incomensurável e todos os momentos de engrandecimento.

Especialmente Rosana Cristina Coneglian, como sempre, sem você não haveria coragem para entrar e nem para terminar esse curso. Juntas, mesmo na distância te agradeço por cada frase que me abriu caminhos e reflexões.

Agradeço também aos membros das bancas de qualificação e de defesa Patrícia Martins Goulart, desde o mestrado me apoiando, Cássio Silveira, pelo processo todo, Ellen Rose Castanheira, Marília Louvison, Juarez Furtado, Cássia Baldini, Edvânia Lourenço pelas contribuições para a tese.

À Sandra Fagundes e Luzia Leite, pelo apoio nos tortuosos e burocráticos caminhos.

Agradeço à minha família, Wanderley, Sueli, Natacha, Thiago e vó Cida que estão sempre ali, apoiando, dividindo, aconselhando, revisando todo esse árduo processo acadêmico.

Aqui em especial aos meus irmãos Natacha e Thiago por me auxiliarem nas tabelas, nos dados econômicos e tudo aquilo que eu não entendia sobre Administração. E a minha mãe, Sueli, que me auxiliou na revisão dos anexos.

Agradeço ao meu marido, Mateus Vechia Leiva, que segurou cada lágrima que caía, cada sorriso à toa, cada noite de revisão de texto, cada longa conversa sobre assuntos que não são de seu domínio, com muita expertise, sua ajuda sempre foi muito valorosa. Você é meu melhor amigo e o único capaz de mandar embora qualquer energia ruim do meu coração.

Agradeço à Profa. Dra. Virgínia Junqueira, em que qualquer minuto de conversa se torna uma aula completa. Todos os momentos compartilhados foram de grande auxílio para que esta pesquisa aqui se materializasse.

Agradeço também ao CNPq pela concessão dos recursos para realização desta pesquisa.

Finalmente, ao meu caríssimo orientador. Fechamos aqui uma longa caminhada de oito anos. Você foi quem primeiro me recebeu e eu me sinto lisonjeada por ter sido você, a aceitar olhar com maior amplitude, romper barreiras e orientar uma bailarina. Nesses anos todos cresci e amadureci e você fez parte de tudo isso, me ensinou o que é Saúde do Trabalhador, sobre o mundo, sobre a luta. Nenhum mestrado e nenhum doutorado conseguiriam demonstrar tudo aquilo que aprendi e me tornei por causa de nossa amizade. E eu só tenho a agradecer por tudo isso e desejar que possamos estar em contato sempre, seja para um almoço informal, seja para dizer para o mundo o que pensamos. Obrigada Lacaz.



# SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	xi
LISTA DE QUADROS .....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xi
LISTA DE SIGLAS.....	xii
RESUMO.....	xiv
ABSTRACT .....	xv
APRESENTAÇÃO.....	1
1- INTRODUÇÃO .....	2
1.1 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) .....	6
1.1.2. A estruturação do PMAQ-AB .....	8
1.1.2.1. Explicitação das Fases.....	10
1.1.2.1.1. Adesão e (re)contratualização .....	10
1.1.2.1.2. Desenvolvimento.....	11
1.1.2.1.3. Certificação .....	18
1.1.2.1.4. Recontratualização .....	21
2.1. Caracterização do Município de Guarulhos.....	21
2.1.1. A Rede da Atenção à Saúde .....	22
2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	25
3. FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA A SAÚDE.....	28
3.1. O Piso da Atenção Básica (PAB) e o PMAQ-AB .....	30
4. REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO EM SAÚDE.....	32
5. PRESSUPOSTO.....	35
6. PERGUNTAS DE PESQUISA.....	35
7. OBJETIVOS.....	35
7.1. Objetivo geral.....	35

7.2. Objetivos específicos .....	35
8. MÉTODO.....	36
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	41
9.1. Primeira Fase: Adesão e Contratualização .....	41
9.1.1. O Primeiro ciclo do PMAQ-AB: a implantação e implementação do Programa em Guarulhos .....	41
9.1.2. O segundo ciclo do PMAQ-AB: a questão das gratificações.....	48
9.1.3. O terceiro ciclo do PMAQ-AB: ceticismo crítico.....	50
9.2. Segunda Fase: Desenvolvimento .....	54
9.2.1. Autoavaliação.....	54
9.2.2. Monitoramento de Indicadores.....	64
9.2.2.1 E-SUS: banco de dados para o MI .....	71
9.2.3. Educação Permanente e Apoio Institucional.....	83
9.3. Terceira Fase: Certificação .....	96
9.4. O Incentivo Financeiro Promovido Pelo PMAQ-AB .....	109
9.4.1. Gratificação pelo alcance de metas. ....	113
9.4.2 - Utilização dos recursos para melhoria da qualidade da AB no município .....	123
9.5. Trabalho, Saúde e Adoecimento .....	125
9.5.1. O Que é Belo no Trabalho em Equipe .....	149
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....	152
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	165

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Organização das fases do PMAQ-AB no 1º e 2º ciclos.....	9
<b>Figura 2.</b> Organização das fases do PMAQ-AB no 3º ciclo.....	9
<b>Figura 3.</b> Mapa das regiões de saúde e sua abrangência.....	23

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Estrutura do instrumento AMAQ-AB aplicado para equipes de ESF no 2º e 3º ciclos.....	13
<b>Quadro 2.</b> Matriz de Intervenção do AMAQ-AB.....	14
<b>Quadro 3.</b> Conjunto de Indicadores avaliados no 2º ciclo do PMAQ-AB.....	16
<b>Quadro 4.</b> Conjunto de Indicadores avaliados no 3º ciclo do PMAQ-AB.....	17
<b>Quadro 5.</b> Distribuição de percentuais para a certificação do PMAQ-AB no 1º, 2º e 3º ciclos.....	18
<b>Quadro 6.</b> Síntese dos componentes da Avaliação Externa.....	19
<b>Quadro 7.</b> Organograma de locais onde atuavam os entrevistados.....	38
<b>Quadro 8.</b> Sistematização da Análise de Conteúdo do Material Coletado em Campo.....	39
<b>Quadro 9.</b> Valores anuais de repasse de verba federal para o município de Guarulhos de acordo com o Ministério da Saúde.....	110
<b>Quadro 10.</b> Despesa e Receita anual do município de Guarulhos de acordo com o Portal de Transparência do município relacionados à Atenção Básica.....	112
<b>Quadro 11.</b> Base para aplicação do Incentivo Financeiro do PMAQ-AB/AB.....	115

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Quantidade de equipes de ESF do município estudado que responderam e enviaram ao MS o instrumento AMAQ-AB no 1º. e 2º. ciclos do PMAQ-AB.....	55
<b>Tabela 2.</b> Certificação das equipes de AB do município de Guarulhos no 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB.....	106
<b>Tabela 3.</b> Certificação das equipes de AB do município de Guarulhos no 3º ciclo do PMAQ-AB.....	106

## LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica

ABB: Articulador da Atenção Básica

ABS: Atenção Básica em Saúde

AC: Análise de Conteúdo

ACS: Agente comunitário de Saúde

AE: Auxiliar de Enfermagem

AI: Apoio Institucional

AM: Apoio Matricial

AMAQ-AB: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

CDS: Coletas de Dados Simplificado

CH: Cooperação Horizontal

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CNS: Cadastro Nacional de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DAB: Departamento de Atenção Básica

E: enfermeiro

EAB: Equipe de Atenção Básica

EAD: Educação à Distância

EP: Educação Permanente

ESB: Equipe de Saúde Bucal

ESF: Estratégia da Saúde da Família

FAPESP: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

GF: Grupos Focais

GNC: Gestores em Nível Central

GNL: Gestores em Nível Local

GRU: Guarulhos

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

M: médico

MS: Ministério da Saúde  
NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
Nescon: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva  
PAB: Piso da Atenção Básica  
PCCS: Planos de Carreiras, Cargos e Salários  
PEC: Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PEC: Proposta de Emenda Constitucional  
PIB: Produto Interno Bruto  
PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica  
PNLB: Programa Nacional de Banda Larga  
PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
QualiSUS - rede: Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde  
RAS: Rede de Atenção à Saúde  
RUTE: Rede Universitária de Telemedicina  
SAGE: Sala de Apoio à Gestão Estratégica  
SAM: Secretaria de Administração  
SESMT: Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho  
SIAB: Sistema da Informação da Atenção Básica  
SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  
SMS: Secretaria Municipal de Saúde  
STAP: Sindicato dos trabalhadores da administração pública municipal de Guarulhos  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TCE: Tribunal de Contas do Estado  
TCG: Termo de Compromisso de Gestão  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais  
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UNASUS: Universidade Aberta do SUS  
Unifesp: Universidade Federal de São Paulo

## RESUMO

Um dos desafios para o fortalecimento do SUS e superação da fragmentação das ações relaciona-se à necessidade de valorização dos profissionais de saúde. Para o Ministério da Saúde, a melhoria da qualidade dos serviços na atenção básica (AB) através o PMAQ-AB pode ser uma forma de superação dessa fragmentação. Esta pesquisa investigou a visão dos trabalhadores da AB sobre tal temática.

O objetivo desta pesquisa foi analisar as mudanças nas condições e na organização do trabalho com a implantação do PMAQ-AB, na perspectiva da gestão do trabalho, em Guarulhos, segundo maior município do estado de São Paulo.

De caráter qualitativo, mediante estudo de caso, procedeu-se à revisão bibliográfica; análise de documentos oficiais gerados no processo de contratualização do PMAQ-AB; entrevistas semiestruturadas com gestores dos serviços e gestores a nível central, grupos focais com trabalhadores contratualizados e observação participante durante o período de três meses no ano de 2016. Para a análise dos dados colhidos, foi utilizada a abordagem da Análise de Conteúdo.

Conseguimos observar que o Programa não significou uma melhora nos processos de trabalho na AB, tampouco nas condições de trabalho no município de Guarulhos, principalmente no que concerne à infraestrutura e quadro de pessoal. Além disso, afetou a saúde dos servidores com intenso desgaste, estresse, sobrecarga de trabalho e a falta de dispositivos legais que efetivamente cuidem da saúde, principalmente da sua saúde mental.

**Palavras chave:** 1. PMAQ-AB; 2. Gestão do trabalho em saúde; 3. Avaliação; 4. Saúde do Trabalhador; 5. SUS.

## ABSTRACT

One of the challenges for the SUS's strengthening and the actions fragmentation overcoming is related to necessity of health professional's valorization. To the Health Ministry, improving the quality of services in primary attention care through PMAQ-AB can be a way to overcome this fragmentation. This research is about the primary attention care workers' view on this issue.

The objective was to analyze the changes in the conditions and organization of work with the implementation of PMAQ-AB, from the perspective of work management, in Guarulhos, the second largest city in the state of São Paulo.

Of qualitative character, through a case study, realized a bibliographic review was; official documents analysis that generated with the contracting process of PMAQ-AB; semi-structured interviews with service and central level managers, focus groups with contract workers and participant observation during three-month period in 2016. By analyzing the data collected, the Content Analysis approach used.

We could observe that the Program did not mean an improvement in the processes of work in the AB, nor in the working conditions in the city of Guarulhos, especially in what concerns the infrastructure and staff. In addition, it affected the health of the servers with intense wear, stress, hard work and the lack of legal devices that effectively take care of health, especially of their mental health.

**Keywords:** 1. PMAQ-AB; 2. Health work management; 3. Evaluation; 4. Worker's Health; 5. SUS.

## APRESENTAÇÃO

Esta tese foi construída a partir do grupo de pesquisa “Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal”, da Universidade Federal de São Paulo sob a coordenação do Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz. Seu objetivo foi o de estudar as novas formas de gestão do trabalho em saúde e as repercussões psicossociais em dois sistemas públicos de saúde municipais. Tal projeto foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do São Paulo (Fapesp) pelo edital Políticas Públicas.

Este fio condutor gerou diversos outros estudos, publicados em dissertações de Mestrado e teses de Doutorado voltadas para tal temática, a partir de diversos aspectos como regulação em saúde, estudo sobre Agentes Comunitários de Saúde, saúde mental e do trabalho, repercussões psicossociais, estudos com trabalhadores de hospitais e de setores de cuidado com os servidores. Posteriormente, em 2017, parte destes estudos e da pesquisa aqui denominada “guarda-chuva”, foi publicada em formato de livro (Lacaz, Goulart e Junqueira, 2017), e disponibilizada para a sociedade.

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, mostrou-se a necessidade da criação de uma política de saúde do trabalhador voltada para os trabalhadores da saúde. Guarulhos, um dos municípios estudados, abraçou a proposta e incorporou tal recomendação em sua agenda de atividades. Tal política foi a última ação do secretário de Saúde à época já que, no início de 2017, o município elegeu um novo prefeito e com ele, outras pessoas assumiram a Secretaria da Saúde

A partir da pesquisa “guarda-chuva” tornou-se de suma importância a inserção de outros estudos e dentre um deles investigar as percepções dos servidores acerca do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e foco desta tese.



## 1- INTRODUÇÃO

Dentre os desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) situa-se a necessidade de valorização dos profissionais de saúde, especialmente na perspectiva do trabalho coletivo, com vistas a superar a fragmentação dos atos e ações executados sem perder a dimensão do todo e do produto final.

No caso da Atenção Básica em Saúde (ABS), a relação entre o trabalho coletivo e seu parcelamento também é observada no que se refere à gestão do trabalho (Pires, 2000). Esta temática suscita questões ligadas à gestão do trabalho em saúde que envolvem condições e processos de trabalho; uso de tecnologias; permeabilidade para a interlocução entre equipes de trabalho, educação permanente (EP), apoio institucional (AI) etc. (Lacaz; Goulart; Junqueira, 2017; Lacaz e cols., 2014; Pinto; Sousa; Ferla, 2014; Seidl e cols., 2014).

Neste sentido, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.654, de 19/07/2011 (Brasil, 2011), tem como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, buscando a garantia de padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, visando permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (AB) (Brasil, 2011).

Trata-se, então, da proposição de uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na medida em que com o PMAQ-AB busca-se:

[...] amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores (...) e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa. (Pinto; Sousa; Ferla, 2014, p. 359)

Assim, com o PMAQ-AB, o ‘o que faz’, o ‘como faz’ e ‘que resultados alcança’ tanto de cada município, como de cada equipe, passam a ser referência decisiva para o repasse das verbas. (Pinto; Sousa; Ferla, 2014)

Ademais, o PMAQ-AB procura responder a diversos desafios enfrentados pelo SUS através da qualificação da AB. Estes desafios são:

- I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;
- II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;
- III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

- IV – Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;
- V – Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;
- VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;
- VII – Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;
- VIII – Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;
- XI – Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade (Brasil, 2017, p. 8-9).

Os desafios da AB têm sido elencados desde o lançamento do Programa no país até o seu terceiro ciclo, o qual está, atualmente, sendo finalizado. Isso nos mostra que, apesar dos esforços para a qualificação da AB, estamos distantes de um SUS que seja realmente resolutivo, que atenda a toda a população com qualidade e tenha um financiamento suficiente.

Mesmo com os diversos problemas, o PMAQ-AB reconhece alguns avanços na AB no país:

1. A afirmação da AB como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado prestado na rede de serviços.
2. O aumento expressivo do financiamento e investimento por parte do Ministério da Saúde e a mudança de seu formato instituindo um componente de equidade, de indução de modelo, de qualidade e de infraestrutura e modernização.
3. A criação do Programa Mais Médicos que transformou a realidade do atendimento na atenção básica, com provimento de profissionais em regiões do país com escassez de médicos. A ampliação do leque do que é compreendido como Estratégia de Saúde da Família permitindo que a estratégia possa retomar o seu crescimento e a expansão, se adequando à diversidade nacional e se adaptando às singularidades de grupos e populações específicas e vulneráveis.
4. Importante investimento em infraestrutura, informatização e unificação e modernização dos sistemas de informação, por intermédio da estratégia e-SUS AB.
5. A criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação, EP, cooperacão horizontal (CH), AI, monitoramento e certificacão. (Brasil 2017, p.7, grifos nossos)

Mesmo com essa profusão de intenções, recentemente o Programa Mais Médicos sofreu ataques do candidato eleito presidente, o que mostrou sua fragilidade, quando teve grande perda de efetivos com a saída dos médicos cubanos do país. Ocorre que, como já foi dito, o financiamento da Saúde Pública sofreu perdas importantes com a Emenda Constitucional (EC)

86/2015 que congelou gastos da saúde pelos próximos 20 anos, mediante sua aprovação, afetando a possibilidade de melhora de infraestrutura e de modernização dos sistemas de informação como o encerramento do consórcio Conecta Brasil II que previa conectividade por banda larga para os serviços de saúde que dela necessitassem (Brasil, 2016b).

Frise-se que a reestruturação da AB, com a proposta da ESF, tem sido considerada inquestionavelmente pelos pesquisadores na área de Saúde Coletiva e pelos gestores do SUS como estruturante do sistema (Bodstein, 2002; Brasil, 2006; Junqueira e cols., 2011). Ou seja, não é rigorosamente possível pensar em organização do sistema de serviços de saúde de média e alta complexidade em si mesmos, sem pensar na organização da AB. Seu desempenho é profundamente afetado pelas lacunas existentes em tal nível de atenção. É uma tecnologia de baixa densidade em termos de equipamentos e de alta complexidade na abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica, isto é, concretiza-se, predominantemente, na dimensão das relações interpessoais; daí a importância que assume a estabilidade e o vínculo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde; a educação/capacitação permanente; a possibilidade de negociação das condições de trabalho; a fixação através da existência de plano de carreira, cargos e salários, dentre outros aspectos da gestão do trabalho em saúde (Lacaz e cols., 2008; Lacaz e cols., 2010).

O Pacto pela Saúde, firmado em fevereiro de 2006 pelos três níveis de gestão do SUS: MS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), enfatiza a importância das responsabilidades daqueles três atores na gestão do trabalho em saúde (Brasil, 2006).

O Pacto foi aprovado pela Portaria 699/GM, de 30/03/2006 (Brasil, 2006) e os gestores municipais que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), nele previsto, comprometem-se a:

- a) promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho considerando os princípios de humanização, participação e da democratização das relações de trabalho;
- b) desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas de pessoal descentralizadas;
- c) promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- d) adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários, adotando ações de adequação de vínculos onde necessário;
- e) considerar as diretrizes nacionais para Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para elaboração, implementação e/ou reformulação dos PCCS;

f) propor e pactuar diretrizes de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, principalmente onde a restrição de oferta afetar diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica (Brasil, 2006).

Pode-se dizer que a proposta do PMAQ-AB vai nesta direção, na perspectiva do repasse de verbas federais visando à melhoria da gestão do trabalho na AB, mesmo considerando que se baseia em metas e incentivos financeiros, uma lógica da área privada que passa a presidir as estratégias de ação do setor público (Lacaz; Goulart; Junqueira, 2017).

Aqui cabe uma digressão, pois em outubro de 2017, sob Temer foi lançada pelo MS, na esteira na redução de gastos orçamentários promovidos pela Emenda Constitucional 86/2016 (BRASIL, 2015), uma nova versão da PNAB, conforme Portaria do MS 2.436, de 2017 (Brasil, 2017d), na qual explicita-se “[...] *o fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde*”. (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 15) retirando da ESF seu protagonismo dentro da Atenção Primária em Saúde, o que poderá interferir na qualidade da AB e, conseqüentemente, na concretização dos propósitos do PMAQ-AB, restringindo e focalizando as ações de cobertura na AB em áreas de risco e vulnerabilidade, com menor número de pessoal nas equipes (Morosini; Fonseca; Lima, 2018). Assim, a “nova” PNAB tende a priorizar “[...] *os cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva*”. (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 16)

Do ponto de vista do incentivo financeiro à atuação na AB, no caso do município objeto deste estudo, Guarulhos, foi pactuado que, para cada ciclo de contratualização do orçamento do PMAQ-AB, uma porcentagem do montante da verba repassada pelo MS seria utilizada para pagamento do incentivo financeiro aos servidores municipais que compunham as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) contratualizadas e para os servidores que atuavam nas outras equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), contendo pelo menos uma equipe contratualizada. Outra parte, na melhoria da qualidade e do acesso na AB, de acordo com a priorização estabelecida pelo nível de gestão central da saúde municipal, em conjunto com a direção das regiões de saúde e dos departamentos de saúde do município, havendo a flexibilidade de poder ser utilizada na aquisição de bens permanentes, melhorias das condições físicas e estruturais de trabalho e ações de EP para as UBS do município (Vialle; Oliveira; Tonim, 2014).

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Guarulhos efetivou a contratualização das equipes de ESF desde seu primeiro ciclo atendendo à pactuação de indicadores e metas, de conformidade com critérios propostos pelo MS (Brasil, 2011), visando buscar incentivo

financeiro a fim de retribuir às equipes pelo seu empenho e dedicação aos serviços de AB onde atuam.

Assim, pretendeu-se, nesta Tese, em sentido geral, analisar o PMAQ-AB na perspectiva da gestão do trabalho, procurando entender a sua implementação naquele município da região metropolitana do estado de São Paulo, assim como as mudanças nas condições e na organização do trabalho e as repercussões na saúde dos trabalhadores das equipes contratualizadas.

## **1.1 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**

Como já referido, PMAQ-AB foi instituído pela Portaria do MS nº 1.654, de 19/07/2011, tendo como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, buscando a garantia de padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente visando permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB (Brasil, 2011).

Nesse contexto mostra-se de suma importância a busca pelos problemas existentes no cotidiano do trabalho e como superá-los, tendo como referência os instrumentos do Programa que balizam o que se espera de um sistema de saúde de qualidade.

Pinto, Sousa e Ferla (2014) contextualizaram a formulação do PMAQ-AB e analisaram, com apoio de referenciais da análise de políticas, os diferentes papéis do PMAQ-AB na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reunindo, para isso, alguns resultados em seus primeiros três anos de implantação. Isto foi feito, na perspectiva adotada pela Saúde Coletiva para o estudo de políticas, em particular, no que se refere à implementação do Programa, além de considerá-lo, por meio da abordagem das análises institucionais, como revelador da concretização da PNAB<sup>1</sup>, demonstrando a capacidade de apontar se suas diretrizes são efetivamente realizadas no trabalho em saúde.

Aqueles autores constataram um incremento nos recursos destinados, no âmbito federal, à AB e um percurso inovador no que se refere ao conteúdo da PNAB, à mobilização local e à produção de uma cultura de monitoramento e avaliação embasada na utilização de indicadores de autoavaliação e de Avaliação Externa.

Rodrigues, Santos e Pereira (2014) relataram a experiência sobre o processo de implementação do PMAQ-AB, nas fases de Avaliação Externa, como será discutido no item

---

<sup>1</sup> Os autores consideraram, aqui, a versão preliminar da PNAB, de 2011 (Brasil, 2011b)

9,4, das UBS no estado do Acre. Foram avaliadas 35 equipes de AB e realizado um censo em 224 UBS. Dois aspectos destacaram-se: o uso do planejamento como ferramenta norteadora e flexível; bem como a articulação institucional como elemento mediador e redutor de conflitos institucionais. Para as equipes de saúde, foi importante reconhecer a necessidade de realizar avaliação e planejamento periódicos. Relataram, também, como a dificuldade de acesso à internet interfere negativamente na realização das atividades.

Assim, o PMAQ-AB pode vir a ser importante ferramenta para a avaliação e para que os trabalhadores possam melhorar a qualidade do serviço prestado a partir de alterações em seu processo de trabalho. Ele tem, como já dito, objetivos específicos que buscam a melhoria da qualidade nos serviços e nas ações da AB visando: melhoria das condições de saúde da população assim como sua satisfação para com os serviços, facilitando seu acesso a eles; padronizar boas práticas e a organização das UBS; ter maior conformidade com os princípios da AB buscando eficiência e eficácia no SUS; fortalecer os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, AI e efetivação da EP nas três esferas de governo; qualificar o uso de sistemas de informação; institucionalizar a cultura de avaliação da AB no SUS através da indução e do acompanhamento de processos e resultados e promover a transparência dos processos de gestão, o controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais (Brasil, 2012; 2013; 2017)

Para tanto, propõe diretrizes para nortear atuação das equipes e da gestão na sua organização e desenvolvimento (Brasil, 2012; 2013; 2017), tais como:

- 1- Definir o parâmetro<sup>2</sup> de comparação entre as equipes, considerando os diferentes contextos e realidades, assumindo que a possibilidade de comparação, é importante elemento para processos de avaliação de qualidade;
- 2- Ser incremental, ou seja, inovar promovendo continuidade e progressivo melhoramento de padrões e indicadores. Dessa forma, o PMAQ-AB após o primeiro ciclo, considera os ciclos anteriores para sua revisão e evolução.
- 3- Ter transparência, para que a sociedade possa, permanentemente, acompanhar as ações em saúde;
- 4- Possibilitar mobilização das três esferas do governo, equipes e usuários para uma mudança na cultura de gestão e qualificação da AB;

---

<sup>2</sup> Os parâmetros são referenciais quantitativos indicativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde (Brasil, 2017).

- 5- Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, implicando a gestão dos recursos em função dos compromissos pactuados e resultados alcançados;
- 6- Estimular a efetiva mudança no modelo de atenção em função das necessidades e satisfação dos usuários;
- 7- Desenvolver os trabalhadores estimulando a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos trabalhistas, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho.
- 8- Ter caráter voluntário à adesão ao Programa, considerando que a motivação dos atores envolvidos é motor para o seu êxito, já que o protagonismo desses atores é fundamental.

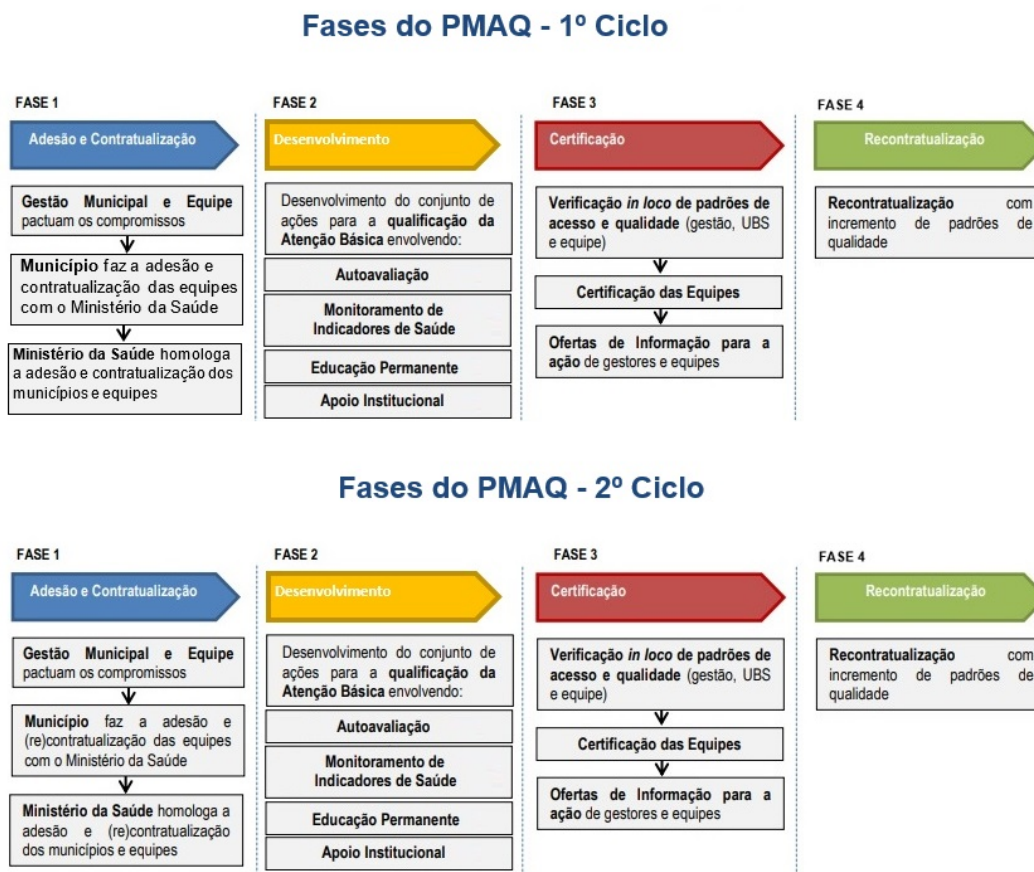
### **1.1.2. A estruturação do PMAQ-AB**

O Programa acontece em ciclos e estes evoluem como espirais, visando a avaliação dos serviços de saúde, sendo que ele próprio se avalia, procurando demonstrar, a cada ciclo, os aprendizados a partir dos parâmetros do panorama federal das ações das equipes já avaliadas.

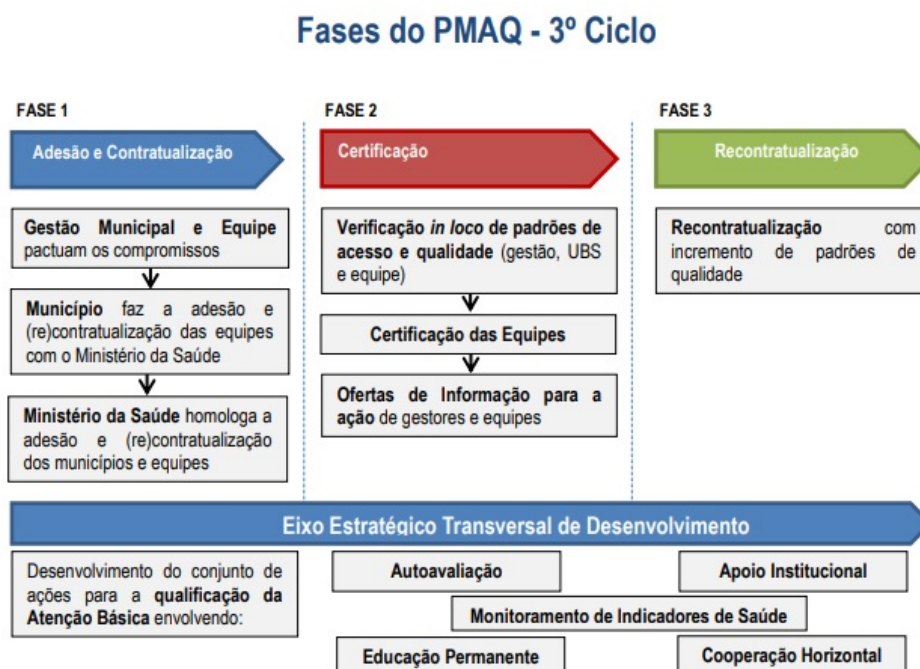
Cada ciclo é composto por fases de objetivos iguais, porém com organograma diferenciado em cada ciclo.

Apresentamos, a seguir, figuras em que se busca mostrar o PMAQ-AB estruturado no primeiro e segundo ciclos em quatro fases e no terceiro ciclo em três fases, conforme previsto em Brasil (2012; 2013; 2017).

A descrição dos ciclos e das fases foi extraída dos manuais instrutivos dos três ciclos do PMAQ-AB, demonstrando como os ciclos foram se transformando no tempo para atender às necessidades da AB. Tal fato é esperado, pois procura-se contemplar a diversidade da AB nacional assim como os novos desafios que são fomentados.

**Figura 1:** Organização das fases do PMAQ-AB no 1º e 2º ciclos

Fonte: Elaboração da autora, baseado em Brasil, 2012, 2013, 2017.

**Figura 2:** Organização das fases do PMAQ-AB no 3º ciclo

Fonte: Brasil, 2017



### 1.1.2.1. Explicitação das Fases

#### 1.1.2.1.1. Adesão e (re)contratualização

A adesão e (re)contratualização é o momento em que as equipes, de forma voluntária, mediada pelos gestores municipais, assinam o termo de adesão e contratualização ao Programa, aceitando as condições, mediante assinatura de documento específico no qual afirmam estar entendendo seus deveres e os deveres dos outros entes federativos (Brasil, 2011).

No primeiro ciclo, o MS autorizou um teto de adesão/contratualização das equipes de 50% do número total de equipes de ESF (Brasil, 2012). A partir do segundo ciclo, a adesão/contratualização é universal (Brasil, 2013; 2017).

Passado o primeiro ciclo, as equipes podem recontratualizar para o ciclo seguinte, seguindo os critérios estabelecidos nos manuais divulgados pelo MS. As equipes que nunca contratualizaram, podem fazê-lo diretamente no segundo ciclo, seguindo normalmente as fases do PMAQ-AB e assim por diante.

Nestas fases são previstos compromissos de todos os entes envolvidos na gestão, como também das equipes. Os compromissos são os mesmos nos três ciclos.

Os compromissos de cada equipe que adere/contratualiza são, conforme Brasil (2012, 2013; 2017):

(a) seguir diretrizes organizantes do processo de trabalho; (b) observar regras de funcionamento do programa; (c) implantar dispositivos de acesso, cogestão, autoavaliação, planejamento e avaliação relacionados a cada uma das fases posteriores; (d) ser monitorada por seis meses a partir de quarenta e sete indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e (e) passar por um processo de avaliação que inclui a autoavaliação, o desempenho em vinte e quatro indicadores e a avaliação in loco realizada por avaliadores externos que visitarão cada equipe na terceira fase do Programa (Pinto; Souza e Florêncio, 2012, p.5).

Por sua vez, as gestões de saúde dos municípios comprometem-se:

(a) à aplicação dos recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável; (b) à realização de ações para a melhoria das condições de trabalho das EAB; (c) à estruturação da gestão da AB garantindo “condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do Programa” e envolvendo a mesma no AI às EAB para realização da autoavaliação, para a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas UBS e de avaliação e monitoramento de indicadores (MI), para o desenvolvimento de ações de EP e execução ações compartilhadas de superação dos problemas identificados e alcance dos resultados pactuados (Pinto; Souza e Florêncio, 2012, p.5).

A partir do segundo ciclo, torna-se compromisso de as gestões municipais utilizar os resultados do ciclo anterior do PMAQ-AB para pactuar as prioridades no ciclo atual, com foco na melhoria da qualidade da AB.

A aceitação destes compromissos está condicionada ao envio ao MS, pelos gestores municipais, dos termos de adesão assinados pelas equipes e pelos gestores. Após envio o MS homologa a adesão ao PMAQ-AB por parte dos municípios.

Sabe-se que, hoje, a porta preferencial do acesso ao SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorre, porém, que esta não se consolidou totalmente no país (Fausto, Almeida, Bousquat, 2018) restando cerca de 10 a 20% da população atendida por outras modalidades de equipes de AB, principalmente no Sul e no Sudeste do país (Brasil, 2017). De qualquer forma, a ESF vem ganhando espaço com aumento da cobertura nos últimos anos. Assim, é necessário que as equipes sejam capacitadas para que possam participar do PMAQ-AB e os manuais propõem formas para que isso aconteça. Não é escopo desta Tese discutir outras modalidades de equipes devido à abordagem metodológica adotada, porém cabe destacar que a busca por processos avaliativos, para melhoria da qualidade da AB têm sido objetivos do MS.

Realizada a homologação da adesão/contratualização das equipes, inicia-se o desenvolvimento do PMAQ-AB propriamente dito.

#### **1.1.2.1.2. Desenvolvimento**

A fase do desenvolvimento inclui diversas estratégias que devem ser realizadas ao longo do processo de cada ciclo do PMAQ-AB. Por ter característica contínua, no terceiro ciclo, o MS adotou tratar essa fase não mais como fase 2, mas sim como o assim chamado Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (Brasil, 2017). O objetivo desta “fase” é o de promover contínuos movimentos de mudança na gestão e no cuidado para produzir melhoria na qualidade da AB (Brasil, 2012; 2013; 2017).

As estratégias são praticamente as mesmas em todos os ciclos (Brasil, 2012; 2013; 2017): Autoavaliação; MI; EP e AI.

No terceiro ciclo, ganha destaque a CH, ação já realizada anteriormente, porém diluída nas estratégias de EP e AI (Brasil, 2017).

## **Autoavaliação**

O processo de autoavaliação deve ser permanente e contínuo, institucionalizando uma cultura de monitoramento e avaliação na AB. O objetivo principal é levantar os problemas e as ações exitosas na rede, de forma a conduzir o planejamento das atividades das equipes (Brasil, 2012b; 2013b; 2017b; Pinto, Souza e Florêncio, 2012)

Por ocasião da autoavaliação as equipes devem responder a um instrumento de avaliação que auxilia no planejamento das ações da equipe e na organização dos processos de trabalho, valendo dez por cento da nota total, o preenchimento e envio do mesmo (Pinto; Souza e Ferla, 2012).

O instrumento a ser preferencialmente utilizado pelos municípios é fornecido pelo MS, o chamado “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (AMAQ-AB) que inclui um conjunto de padrões de qualidade a serem atingidos e avaliados pelas equipes e gestões municipais.

Caso o município opte por outro instrumento, este deve manter relação com os mesmos objetivos do AMAQ-AB (Brasil, 2012b; 2013b; 2017b).

**Quadro 1:** Estrutura do instrumento AMAQ-AB aplicado para equipes de ESF no 2º e 3º ciclos

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as Equipes participantes do Programa)

Fonte: Brasil, 2013b; 2017b

No instrumento AMAQ-AB utilizado no primeiro ciclo, algumas subdimensões da dimensão EP, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde diferenciavam-se do quadro acima, sendo que a subdimensão J era Perfil da Equipe e a subdimensão N não existia (Brasil, 2012b).

A forma de resposta das questões dá-se em escala de padrões de zero a dez em que zero indica o não cumprimento do padrão e dez significa o total cumprimento. Assim, ao final das respostas as equipes poderão ter um panorama total dos padrões, de forma a ter a possibilidade de planejar suas ações futuras visando superar as dificuldades e manter os padrões de qualidade já obtidos (Brasil, 2012b; 2013b; 2017b).

Para o planejamento do trabalho, após as respostas às questões, deve ser criada uma Matriz de Intervenção (Quadro 2), objetivando criação de estratégias para o alcance ou a continuidade dos padrões de qualidade discutidos por meio do AMAQ-AB. Todo este processo também é uma forma de se potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB (Brasil, 2012b; 2013b; 2017b).

**Quadro 2:** Matriz de Intervenção do AMAQ-AB

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Fonte: Brasil, 2012b; 2013b; 2017b.

Um exemplo de matriz de intervenção pode ser descrito com a subdimensão EP e qualificação das equipes de AB. O item 4.9 do AMAQ-AB, questiona se a equipe realiza registro e acompanhamento das suas solicitações de exames, dos encaminhamentos às especialidades bem como os retornos (Brasil, 2013b). A partir de uma nota cinco, poder-se-ia construir como situação problema a falta da organização dos registros de solicitação de exames na UBS. O objetivo, seria então, atualizar todo o registro de exames solicitados pela equipe para seus usuários.

Um exemplo de estratégia poderia ser o agendamento de três reuniões semanais de equipe com todos seus membros, com o objetivo de organizar e criar uma lista das solicitações de exames. Os recursos necessários seriam um caderno específico e anotações em computador. Os resultados esperados: a organização das solicitações, visando avaliar o alcance e o acompanhamento efetivo de todos os exames solicitados.

Com esta documentação em mãos, equipes e gestores podem monitorar e avaliar continuamente os processos de trabalho durante cada ciclo do PMAQ-AB (Brasil, 2017b), gerando mudança e aprimoramento dos processos de trabalho (Fausto, Almeida, Bousquat, 2018).

## **Monitoramento de Indicadores**

O MI procura contribuir para a definição de prioridades que orientem ao planejamento do papel da gestão e das equipes. Assim, o uso das informações pode demonstrar tanto as fragilidades quanto as potencialidades da AB, tanto localmente quanto de forma a permitir a construção de um panorama nacional de sua qualidade. Também busca orientar os processos de negociação e pactuação entre as diferentes esferas de gestão e as equipes, possibilitando a transparência e a democratização das informações acerca da AB (Brasil, 2012; 2013; 2017). É uma ação orientadora do processo de trabalho e das ações em EP e AI e, portanto, deve ser contínua. Se promovidos os aportes para tal, pode ser elemento motivador para que as equipes busquem enfrentar os desafios postos para a melhoria da qualidade do trabalho em saúde.

Dois pressupostos interessantes do MI colocados nos manuais do PMAQ-AB são a importância de que tal monitoramento não seja um fim em si mesmo, sendo apenas meramente formal, mas sim orientador de mudanças; também não deve ser utilizado com fim punitivo provocado através da competitividade, ou do reforço de resistências, comprometendo, assim, a motivação das equipes (Brasil, 2012; 2013; 2017). Para que isso aconteça é necessário que haja a participação democrática de todos membros das equipes e que a divulgação sistemática dos dados possa contribuir para a transparência, o planejamento das ações e a superação de dificuldades diagnosticadas (Brasil, 2012; 2013; 2017).

Os conjuntos de indicadores são pactuados previamente com as equipes e foram definidos de acordo com os princípios da AB e da PNAB. Estes servirão para o monitoramento das equipes e equivalem a uma porcentagem da nota dada na certificação (Pinto; Souza; Ferla, 2012).

O conjunto de indicadores pactuado nos compromissos a serem assumidos pelas equipes participantes e pelas gestões municipais foi eleito a partir da possibilidade de acesso às informações que possam ter como grau mínimo de agregação as equipes participantes do PMAQ-AB (Brasil, 2013, p.23).

Sendo assim, no primeiro e segundo ciclos foram elencados 47 indicadores. Já no terceiro ciclo, foram apenas 11 indicadores elencados, como descrito no quadro abaixo:

**Quadro 3:** Conjunto de Indicadores avaliados no 2º ciclo do PMAQ-AB

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE DESEMPENHO
1. SAÚDE DA MULHER	1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica
	1.2 Média de consultas de pré-natal por gestante cadastrada
	1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre
	1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal no mês
	1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia.
	1.6 Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais
2. SAÚDE DA CRIANÇA	2.1 Média de consultas de puericultura por criança cadastrada
	2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
	2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
	2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
	2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano
	2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos
3. DOENÇAS CRÔNICAS	3.1 Proporção de pessoas com diabetes cadastradas
	3.2 Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas
	3.3 Média de atendimentos por diabético
	3.4 Média de atendimentos por hipertenso
4. PRODUÇÃO GERAL	4.1 Média de consultas médicas por habitante
	4.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
	4.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada
	4.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE MONITORAMENTO
1. SAÚDE DA MULHER	Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
2. SAÚDE DA CRIANÇA	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
	Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
	Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
3. DOENÇAS CRÔNICAS	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.
4. PRODUÇÃO GERAL	Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
	Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.
	Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
	Média de exames solicitados por consulta médica básica;
	Média de atendimentos de enfermeiro;
	Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada;
	Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família
5. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	Média de atendimentos de tuberculose;
	Média de atendimentos de hanseníase.
6. SAÚDE MENTAL	Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas;
	Proporção de atendimentos de usuário de álcool;
	Proporção de atendimentos de usuário de drogas;
	Taxa de prevalência de alcoolismo

Fonte: Brasil, 2012; 2013

No primeiro e segundo ciclos, existe uma distinção entre indicadores de desempenho, que estão vinculados ao processo de certificação e os indicadores de monitoramento, que devem ser acompanhados, porém não afetam a nota recebida pela equipe (Brasil, 2012; 2013).

**Quadro 4:** Conjunto de Indicadores avaliados no 3º ciclo do PMAQ-AB

<b>Grupo</b>	<b>Indicador de Desempenho</b>
<b>Acesso e continuidade do cuidado</b>	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
<b>Coordenação do Cuidado</b>	2.1 Média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
<b>Resolutividade</b>	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
<b>Abrangência da oferta de serviços</b>	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Fonte: Brasil, 2017, p. 29.

Já no terceiro ciclo, a escolha dos indicadores objetiva promover maior correspondência com a fase de desenvolvimento do PMAQ-AB (Brasil, 2017).

### **Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal**

A busca pela EP relaciona-se à necessidade de qualificação das ações de gestão do trabalho e do cuidado, além da participação popular. Assim, suas constantes mudanças associam-se a uma maior necessidade na capacidade de análise, autonomia e intervenção (Brasil, 2012; 2013; 2017).

A EP deve pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (Brasil, 2017, p. 30)

A EP deve ser encarada não somente como um processo pedagógico, mas como elemento estratégico para a superação das dificuldades na AB. É tratada como estratégia que deve ser vinculada ao AI e às trocas de experiências entre as equipes, a chamada CH, pois promove uma comunidade de práticas.



O AI deve ser entendido como forma de superar o modelo tradicional de supervisão em saúde. É um fazer coletivo, em que a gestão do trabalho auxilia as equipes no seu cotidiano laboral de forma a transformar situações complexas em uma possibilidade e motivação para superá-las. Deve ter um caráter compartilhado entre os diferentes níveis de gestão junto com as equipes (Brasil, 2012; 2013; 2017).

### 1.1.2.1.3. Certificação

A certificação é o momento de reconhecimento do esforço das equipes e das ações de gestão do trabalho em prol da melhoria da qualidade da AB. É ela que fará uma síntese da avaliação, sendo representada por uma nota para cada equipe de ESF contratualizada, e essa nota condicionará o valor mensal a ser pago por equipe para o município ao qual ela pertence (Brasil, 2012; 2013; 2017).

A certificação considera o desempenho em três ações: o preenchimento do AMAQ-AB; a avaliação dos indicadores contratualizados através do banco de dados utilizado e a avaliação externa.

**Quadro 5:** Distribuição de percentuais para a certificação do PMAQ-AB no 1º, 2º e 3º ciclos

Ações	Percentual na nota final da Certificação		
	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
Implementação de processos auto avaliativos	10%	10%	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	20%	20%	30%
Avaliação Externa	70%	70%	60%

Fonte: própria autora

### Avaliação Externa (AE)

A Avaliação externa é o momento em que o MS, por meio de universidades credenciadas e entrevistadores por elas contratados, avalia localmente através de instrumento nacional, a qualidade da AB. São entrevistados membros das equipes, sendo observado: o espaço, as condições do local, e avaliada a documentação própria de cada ação de saúde, momento em que também são entrevistados usuários das UBS, de forma a perceber a visão da clientela sobre o atendimento que recebe. Este momento avaliativo equivale a uma porcentagem da nota final (Pinto, Souza e Florêncio, 2012).

Os componentes da Avaliação Externa são divididos em dimensões e subdimensões guardando relação com o instrumento AMAQ-AB (Brasil, 2012; 2013; 2017).

**Quadro 6:** Síntese dos componentes da Avaliação Externa

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
<b>DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica</b>	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
<b>DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS</b>	Funcionamento da Unidade de Saúde
	Características Estruturais, Ambiente e Sinalização da UBS
	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
	Informatização e Conectividade
	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
<b>DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador</b>	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	Educação Permanente e Telessaúde
	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
	Plano de Carreira Remuneração por Desempenho
<b>DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho</b>	<b>Gestão do Processo de Trabalho e Acesso</b>
	População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde
	Rede de Atenção à Saúde
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	<b>Atenção à Saúde</b>
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
	Saúde Mental
	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	Promoção da Saúde
	Participação do Usuário e Controle Social
	<b>Áreas Específicas*</b>
	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
	Programa Saúde na Escola
	Práticas Integrativas e Complementares
<b>Dimensão V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário</b>	
	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
	Satisfação e Participação do Usuário

Fonte: Brasil, 2017, p. 35.

Após a avaliação externa, as informações são consolidadas e se realiza a avaliação de desempenho das equipes participantes. Então, os municípios são divididos em seis estratos

socioeconômicos, sendo analisados os resultados médios das notas das equipes, culminando na certificação de cada equipe (Fausto, Almeida, Bousquat, 2018)<sup>3</sup>.

No primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB as equipes, em todo país, foram classificadas em:

- Desempenho "muito acima da média/ótimo" - recebendo 100% do valor base do componente de qualidade do PAB variável – componente de qualidade;
- Desempenho "Acima da Média/bom" – 60% do valor base;
- Desempenho "Mediano ou abaixo da Média/regular"
- Manutenção dos 20% do valor base;
- Desempenho Insatisfatório (não recebem recursos do PAB variável – componente de qualidade).

No terceiro ciclo os graus de certificação foram modificados para: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim (Giovanella e cols., 2017).

Nesse novo ciclo foram definidos os padrões essenciais e estratégicos para a certificação das equipes. A equipe que não cumpre os padrões mínimos essenciais é automaticamente classificada com desempenho ruim e perde o incentivo por desempenho. Para que seja classificada com o desempenho ótimo, além de cumprir com os requisitos dos padrões essenciais, deve alcançar um percentual de padrões considerados estratégicos. Ademais, um fator monetário de desempenho passou a ser calculado com base no orçamento global (de valor desconhecido) destinado ao pagamento da certificação das equipes contratualizadas e à distribuição das equipes nas categorias de desempenho (Giovanella e cols., 2017, p. 575).

Até o momento o MS publicou a primeira lista de certificação do PMAQ-AB referente ao terceiro ciclo, com grande número de equipes desclassificadas por motivos prosaicos como falta de cadeira odontológica, gerando diversos pedidos de recursos (Brasil, 2019).

Não há documentos oficiais do MS indicando a recontratualização das equipes para o 4º ciclo. Assim, entendemos que o PMAQ-AB encontra-se na fase de certificação de seu terceiro ciclo já que foram publicadas somente a primeira lista de certificação das equipes.

---

<sup>3</sup> Procurando maior equidade na comparação das EAB na certificação do PMAQ-AB, os municípios foram distribuídos em estratos levando em conta diversos aspectos, sociais, econômicos e demográficos. Foi construído um índice, composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per Capita, Percentual da população com plano de saúde, Percentual da população com Bolsa Família, Percentual da população em extrema pobreza, Densidade demográfica. Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos, que foi considerando, em cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com bolsa família e o percentual da população em extrema pobreza. Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e seu porte populacional. Guarulhos é classificado como estrato 6, de Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85 (Brasil, 2019c).

Os dados resultantes de cada ciclo são divulgados no site do PMAQ-AB<sup>4</sup> no formato de microdados. São tabelas de dados brutos com todas as respostas dadas pelas equipes de todo o país na avaliação externa. O acesso a tais dados é público e garante a transparência dos processos de gestão e qualificação da AB.

Somente aos gestores são disponibilizados de forma acessível relatórios descritivos, os quais relatam os indicadores do ciclo atual e a comparação com ciclos anteriores, apresentando a frequência das equipes e as comparações entre municípios de mesmo estrato e analíticos, que abordam temas mais sensíveis e relevantes para a melhoria da qualidade da AB, fornecendo apoio para as equipes continuarem seus processos de planejamento e monitoramento.

Recentemente, em 2017, os relatórios analíticos das equipes foram disponibilizados para o acesso de toda a população através da internet traduzindo, para uma linguagem menos complexa, o desempenho das equipes<sup>5</sup>.

#### **1.1.2.1.4. Recontratualização**

A recontratualização é o momento em que as equipes, a partir das avaliações recebidas, refazem a contratualização para o ciclo seguinte, visando superar as dificuldades apontadas no ciclo anterior na busca de melhorar a qualidade do serviço prestado.

### **1.2. Caracterização do Município de Guarulhos.**

O município de Guarulhos foi fundado em 1560 pelo Padre Jesuíta Manuel de Paiva tendo a denominação de Conceição de Guarulhos em 1600, como freguesia do município de São Paulo. O local era habitado por índios da tribo dos Guaianazes. Em 1908 foi elevado à categoria de cidade determinando seu atual nome. O primeiro Centro de Saúde do município foi criado em 1940, junto com a Santa Casa de Misericórdia (IBGE, 2018).

A aceleração industrial da cidade de São Paulo, na década de 1950 e a inauguração das rodovias Fernão Dias e Presidente Dutra, trouxeram um crescimento desordenado e sem grandes preocupações urbanas às suas margens nos trechos que passam pelo município de Guarulhos (IBGE, 2018).

Guarulhos situa-se na região metropolitana da capital de São Paulo sendo a segunda cidade mais populosa do Estado e a 13<sup>o</sup> com maior população do Brasil com estimativa de

---

<sup>4</sup> O site do PMAQ-AB faz parte do sítio do Departamento de AB do MS disponível no endereço: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_PMAQ-AB.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_PMAQ-AB.php)

<sup>5</sup> Dados disponíveis no site [http://PMAQ-AB.lais.huol.ufrn.br/relat\\_analiticos](http://PMAQ-AB.lais.huol.ufrn.br/relat_analiticos)

1.325.750 habitantes segundo estimativa (SEADE, 2018) e 1.221.979 habitantes de acordo com o último censo (IBGE, 2018), com uma extensão territorial de 318,675 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017) atinge a densidade demográfica de 4.160,13 hab./km<sup>2</sup> (SEADE, 2018). É o 13º município mais rico do País com um Produto Interno Bruto (PIB), em 2015, de R\$ 52.199.129.570,00 (IBGE, 2018). A taxa de desemprego para o ano de 2010 foi de 9,57% entre a população a partir de 16 anos. A porcentagem da população com renda menor que meio salário mínimo era de 24,73%, a renda média domiciliar per capita era de R\$ 790,00 (IBGE, 2018).

Segundo dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o abastecimento de água cobre 100% da população e o esgoto canalizado 88,4% (IBGE, 2018). Em 2010 havia 156 aglomerados “subnormais” em um total de 6.329 em nível nacional, sendo 57.653 domicílios nessas condições, num total de 3.224.529 no Brasil. Isto significa que 214.855 moradores do município vivem em habitações precárias (Lacaz e cols., 2014). Não há dados atualizados sobre o assunto, provavelmente poderão ocorrer com o próximo censo oficial do IBGE, em 2020.

Quanto a alguns dados epidemiológicos, a mortalidade em Guarulhos em 2017 foi de 5,83 óbitos por mil habitantes (SEADE, 2018) A taxa de mortalidade infantil em 2017 foi de 11,87 por mil nascidos vivos (SEADE 2018), sendo considerado elevado demonstrando uma dissociação entre as condições de vida e os indicadores econômicos do município fito que seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é, atualmente de 0,763 o que o coloca na 145ª posição entre os 645 municípios do estado de São Paulo (IBGE, 2010; Lacaz, Goulart e Junqueira, 2017).

### **1.2.1. A Rede da Atenção à Saúde**

Em 2005, a SMS-GRU iniciou o processo de territorialização buscando respeitar a diversidade dos seus territórios, pensando na realidade local, o que foi um instrumento para reconstrução do modelo de atenção à saúde (Guarulhos, 2010). Foram definidas três regiões:

1. Cantareira;
2. Dutra – Trabalhadores e
3. Fernão Dias – Dutra.

Em 2010, tais regiões foram redefinidas a partir da necessidade de reformular as áreas de abrangência das unidades de saúde. Realizou-se, em 2009, uma análise da dinâmica

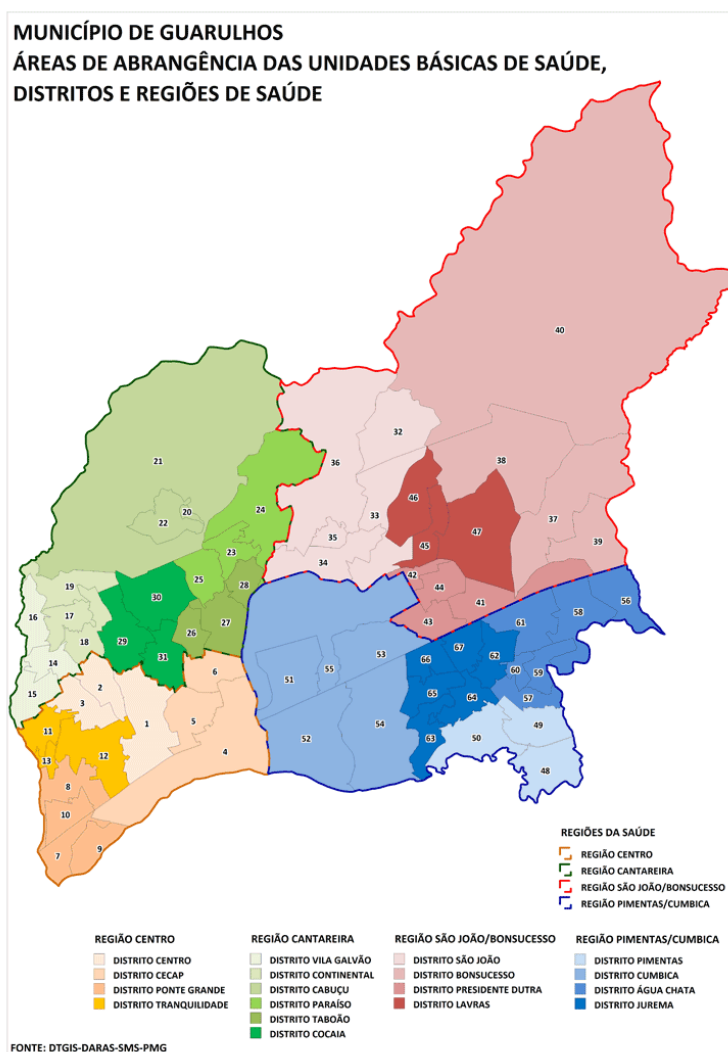
populacional, a partir de dados demográficos, epidemiológicos e de demandas populacionais relacionadas às unidades de saúde (Guarulhos, 2010).

Com o objetivo de facilitar a gestão das unidades de saúde, foram definidas quatro regiões de saúde com seus respectivos distritos:

1. Região Centro
2. Região Cantareira
3. Região São João/Bonsucesso
4. Região Pimentas/Cumbica

No sentido de situar a localização, o mapa abaixo, mostrado na Figura 1, demonstra a distribuição geográfica regional com as regiões de saúde e sua área de abrangência.

**Figura 3.** Mapa das regiões de saúde e sua abrangência



Fonte: Prefeitura Municipal de Guarulhos, 2018.

De acordo com o IBGE, o município possui 21.206 funcionários públicos, sendo destes, 932 estatutários, 19.968 servidores sob o regime celetista de trabalho, 453 comissionados, 59 estagiários e 64 sem vínculo permanente (IBGE, 2018).

Conforme Vechia (2014), o número de servidores lotados na SMS era de 7000. Atualmente, sobre este número, não há informação no Portal da Transparência e a gestão da SMS não retornou, após a coleta de dados, contato feito para atualizar tal informação.

O município tem 69 UBS sendo que destas, 47 contam com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## 2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Pode-se constatar que avaliar remonta à antiguidade. Desde quatro mil anos atrás há registros de chineses utilizando métodos avaliativos formais. Historicamente, a avaliação foi tomando diversos rumos, tendo já tido como características principais a medição, a descrição, o julgamento e, até nossos dias, a negociação (Dubois e cols., 2011).

De acordo com Dubois e cols. (2011), a avaliação passou por quatro grandes gerações: a primeira, envolvendo o Reformismo (1800-1900) e a Eficiência e Testagem (1900-1930); a segunda, chamada de Idade da Inocência (1960-1973); a terceira, compreendendo a Expansão (1960-1973) e a Profissionalização e Institucionalização (1973-1990) e, por fim, a quarta denominada de Geração das Dúvidas (1990, até nossos dias) (Dubois e cols., 2011).

A história da avaliação trouxe um legado de conhecimentos para as práticas sociais atuais. A primeira foi caracterizada pela criação de testes padronizados, sistematização da coleta de dados e análises quantitativas advindas da primeira geração. Na segunda, surge o marco da avaliação formativa, que estabelece em que medida foram atingidos os objetivos de um programa, instrumentalizando-o para seu aprimoramento. A terceira geração de práticas trouxe o entendimento de que a avaliação deve emitir um julgamento sobre uma intervenção e investimentos em avaliação, e deve iniciar sua institucionalização mediante uma prática profissional da avaliação. Mais ao final dessa geração de práticas, o julgamento dava-se mais sobre os aspectos econômicos principalmente, considerando a limitação dos recursos econômicos (Dubois e cols., 2011).

Sendo assim, a avaliação pode medir, controlar, administrar, prever, definir prioridades e classificar indivíduos.

Para a quarta geração de práticas, que vivemos hoje, há a característica da negociação e do fortalecimento do poder, levando em conta métodos anteriormente elaborados. Estas podem ser chamadas de avaliação construtivista e são vantajosas pois podem "[...] contextualizar avaliação e ampliar a compreensão do significado das práticas por meio da apreensão da representação dos atores sociais" (Vieira- da-Silva, 2014, p.22).

A forma como acontece a avaliação e o seu desenrolar advém de uma negociação para atender reivindicações e interesses. Aqui também se constrói a ideia plural, onde a avaliação quantitativa não acontece sem a qualitativa, podendo ser chamada de avaliação participativa, não tendo somente caráter técnico, mas também emancipatório para todos os sujeitos envolvidos (Dubois e cols., 2011).



Avaliar tem como um de seus significados a “*Apreciação, cômputo ou estimação da qualidade de algo ou da competência de alguém*”. (Michaelis, 2015)

Com a evolução da sociedade através dos anos, houve uma busca por saber em que medida as transformações do mundo afetaram as condições e a qualidade de vida das sociedades (Dubois, e cols., 2011).

Além disso, Contandriopoulos (2006) já apontava a implantação de uma efetiva cultura de avaliação para a tomada de decisão dos gestores que necessitam controlar os gastos públicos e cumprir as expectativas de atendimento à população.

Vieira-da-Silva (2014) propõe como definição para a avaliação de políticas, programas ou práticas de saúde o

(...) julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida produção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação (p. 16).

Assim, tal julgamento pode ser feito através de informações oriundas de pesquisas avaliativas ou de percepções sobre o mundo social (Vieira-da-Silva, 2014).

Furtado (2018) complementa tal postura descrevendo o propósito das pesquisas avaliativas: “[...] *conhecer melhor, julgar ou estabelecer a importância, prestar contas à sociedade e, quem sabe, influenciar a condução*” (p. 7). Intervenção esta que pode ser definida como

Uma intervenção [que] é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (Vieira-da-Silva, 2005).

Quando é resultado de critérios e normas, é chamada de avaliação normativa, segundo Vieira-da-Silva (2014). Quando elaborada a partir de um conhecimento científico, chama-se pesquisa avaliativa (Vieira-da-Silva, 2014).

Já a avaliação de qualidade consiste em comparar o serviço prestado com o que é dado pelas diretrizes do programa estudado (Vieira-da-Silva, 2014), definição esta muito próxima do que Dejours (1992), define como trabalho prescrito, que é proposto nas normas e manuais, e o trabalho real, ou seja, aquele que realmente acontece no cotidiano dos serviços prestados. O abismo que se dá entre os dois geralmente pode explicar a sobrecarga e os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores.

Desta forma, a avaliação de qualidade em saúde também pode ser mote para um olhar mais apurado sobre quem trabalha, para além de entender um programa, uma intervenção e uma prática em saúde.

Contandriopoulos (2006) questiona se as avaliações têm a capacidade de produzir informação e julgamentos que auxiliem efetivamente a tomada de decisão dos gestores públicos. Por outro lado, Vieira-da-Silva (2014) aponta que a tomada de decisão não é parte da avaliação, mas que ela é prévia para tal ação. Assim como Furtado (2018) que nos chama a atenção para o fato de que as avaliações não devem querer definir sozinhas, após coleta e análise de dados, os passos seguintes para a já citada tomada de decisão.

Para os neoliberais “*A concorrência é, portanto, um objetivo histórico da arte de governar, não um dado natural a se respeitar*”. (FOUCUALT, 2008, p. 164)

Furtado e cols (2018) analisaram a produção científica dos últimos 20 anos dentro da temática da Avaliação e Planejamento, subáreas da Saúde Coletiva. Apontaram o quanto a avaliação no país lhes parece servir à prática gerencialista, de controle e dominação social para o alcance da eficiência e que são muito dominadas pelas reformas em gestão pública baseadas no desempenho.

Estas subáreas podem contribuir, e muito, para a revisão das abordagens de intervenção, para a melhoria da comunicação entre equipes e gestão, bem como para a qualificação da oferta de serviços aos usuários (Furtado e cols, 2018) dentre tantas outras possibilidades que podem servir para a tomada de decisão em saúde nos equipamentos de Saúde Pública.

### 3. FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA A SAÚDE

Para Sousa e Cunha (2013, p. 656):

A desigualdade como meio de garantir a concorrência deve ser ativamente por uma arte de governar. (...) O mínimo de Estado refere-se ao investimento em políticas públicas e não ao arsenal de dispositivos de intervenção na vida da população e nos mecanismos de desregulamentação do mercado. A [própria] manutenção de suposto mercado livre exige inúmeras e incessantes intervenções estatais.

Nesta linha, o PMAQ-AB situa-se como um condicionante para a transferência de recursos no componente de qualidade do PAB Variável (Brasil, 2017c), revelou-se necessária a discussão acerca do financiamento público em saúde com o objetivo de explicitar como funciona o pagamento de recursos do PMAQ-AB para os municípios.

Sendo assim, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), a chamada Constituição Cidadã, trouxe inovações importantes para a vida da sociedade brasileira no que diz respeito aos direitos sociais e transformou a forma como a gestão estatal era realizada. Foi ela que delimitou a autonomia dos estados e municípios, tanto financeira, quanto administrativamente, pela descentralização de ações aos estados e particularmente aos municípios (Paim, 2009)

Conforme prevê a legislação que regulamenta o funcionamento do SUS, o financiamento da saúde no país é de responsabilidade das três esferas do governo (Federal, Estadual, Municipal) porém, a maior parte dos recursos deve vir dos municípios que, geralmente, apresentam menor volume de arrecadação, existindo uma transferência de recursos vindos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de cada cidade (Paim, 2009).

Devido à enorme disparidade econômica e estrutural dos municípios, tal inovação gerou uma assimetria na capacidade financeira, oferta de serviços e atuação na gestão e na organização de governo, comparada entre os municípios. (Ouverney, 2005)

A descentralização representada pela municipalização da saúde (Paim, 2009), demonstra forte necessidade de uma ação articulada entre as três esferas do governo, a partir das crescentes discussões acerca da regionalização e da necessidade do fortalecimento das redes em saúde com centralidade no papel da AB (Santos e cols, 2015).

Atualmente, o Brasil passa por diversos entraves e desafios no que tange ao financiamento dos serviços públicos dentre eles os de saúde (Noronha e cols, 2018).

Desde a implantação do SUS, posturas neoliberais têm sido contrárias à sua concretização, podendo-se dizer que desde 1988 elas passaram a barrar a efetiva implementação de um sistema de saúde universal e igualitário (Lacaz; Goulart e Junqueira, 2017).

A dita crise financeira tem reduzido o gasto em saúde per capita, colocando a existência do SUS em xeque, sendo que, no limite, chegaríamos a um sistema próximo ao de países como os Estados Unidos e sugerindo um formato aos moldes da atenção à saúde anterior à 1988, em que o atendimento “gratuito” é dado somente aos pobres, partindo de entidades filantrópicas. O restante da população deveria pagar para ter atendimento à saúde (Laurell, 1995).

Assim, no Brasil, com o passar dos anos o montante de recursos para a saúde não acompanhou a garantia dos princípios e diretrizes que embasam o SUS (Chioro dos Reis e cols., 2016).

Quando existe um maior investimento em saúde, como prevê a legislação do SUS, o que também se deve à descentralização há, consequentemente, maior responsabilização dos entes municipais e estaduais. Com isso, observa-se também um aumento do financiamento estadual, devido à exigência legal de um patamar mínimo de contribuição dos entes federados na saúde (Vasquez, 2011).

Porém, o que se percebe é que os aumentos do financiamento em saúde são insignificantes perto dos gastos cada vez maiores do setor. Mesmo que um maior investimento em saúde tenha chegado, em 2014, a 3,9% do produto interno bruto (PIB) de gastos em saúde, esse número é baixíssimo perto dos países europeus com sistemas universais, com percentuais que chegaram a 8% em 2014 (Mazon e cols, 2018).

Santos e cols (2015) revelam que os gastos estaduais em saúde concentram-se na média e alta complexidade, mesmo que haja diversos programas e pactos para a valorização da AB como porta de entrada de todo o sistema. Os números demonstram que a AB fica a cargo dos investimentos municipais.

Isso pode ser explicado pelo modelo hospitalocêntrico que impera em nossa sociedade, em que ações de prevenção e promoção à saúde são pouco relevantes. Ouverney (2005) demonstrou tal fato ao avaliar o modelo gerencial escolhido no estado de Pernambuco em que os investimentos na AB são baixos.

A partir da Emenda Constitucional nº 86/2015 (Brasil, 2015), resultado da assim chamada crise fiscal, estabeleceu-se o congelamento dos gastos públicos por um período de vinte anos. O único ajuste permitido será pautado apenas na inflação do ano anterior, afetando demasiadamente a área da saúde (Mazon e cols., 2018).

Tal realidade expressou-se em cortes de gastos no setor saúde, ocasionando a revisão do mecanismo de transferências de recursos federais para os municípios no final de 2017 acentuando a fragmentação do financiamento do SUS (Noronha e cols., 2018).

### 3.1. O Piso da Atenção Básica (PAB) e o PMAQ-AB

Como já dito, os recursos em saúde advindos do MS são descentralizados para os outros entes da federação em blocos de financiamento agora regulamentados pela Portaria 3.992/2017 (Brasil, 2017c), envolvendo verbas de capital e custeio, que podem ser gastas apenas naquilo que estiver no planejamento municipal. (Mazon e cols., 2018).

O bloco de custeio relaciona-se à manutenção das ações e serviços de saúde públicos já implantados e ao seu funcionamento. Já o bloco de investimentos é destinado à estruturação e ampliação da oferta em serviços e ações de saúde (Brasil, 2017c). Assim, os blocos são divididos em grupos relacionados ao nível de atenção ou área de atuação. Para o custeio, tais grupos são subdivididos em: AB; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS. Já para investimentos, os grupos são: AB, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde; Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS e Gestão do SUS (Brasil, 2017c).

Especificamente para o grupo da AB, foco desta Tese, há uma divisão entre Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável.

O PAB fixo tem um repasse de valor estável, em que a diferença entre os valores repassados a cada município está relacionada à estimativa dos seus habitantes. Estes recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática. O PAB fixo é calculado de acordo com a estimativa de população do IBGE e, atualmente, pode variar entre R\$ 23,00 e R\$ 28,00, em valores de 2017, dependendo da classificação do município nos grupos existentes (Brasil, 2017c).

Tais valores são definidos a partir de critérios específicos:

Para a definição do valor mínimo do PAB fixo, o critério adotado foi a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com pontuação que varia de 0 a 10, com base em indicadores selecionados segundo critérios determinados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB): PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza e Densidade Demográfica. O PIB per capita refere-se ao ano de 2013, disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à enorme disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de 0 a 5 para a metade dos municípios com os menores valores do PIB per capita. A outra metade recebeu pontuação distribuída de 5 a 10 de acordo como valor. A densidade demográfica também é disponibilizada pelo IBGE. Assim como no caso do PIB per capita, este indicador apresenta grande disparidade entre o menor e o maior valor. Foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir esta pontuação (Brasil, 2017c).

Já o PAB variável é o recurso destinado às estratégias relacionadas à AB: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Fator de Incentivo de AB aos Povos

Indígenas; Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente, em regime de internação e internação provisória; e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico do MS. Estes recursos são transferidos mediante a adesão do município à implementação e realização das ações a que se destinam (Brasil, 2017c).

Os componentes dos recursos do PAB variável repassados para o município de Guarulhos em 2017 cobriram: Rede Brasil Sem Miséria; Agentes Comunitários de Saúde; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Academia da Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); PMAQ-AB; Programa Saúde na Escola; Saúde Bucal; Estratégia de Saúde da Família; Teste Rápido de Gravidez (Sage, 2018).

Piola (2017) avalia que há critérios diferentes para cada bloco de financiamento, não se levando em conta critérios equitativos de alocação mesmo que a questão das disparidades regionais esteja na agenda das decisões políticas.

Segundo Castro, Lima e Machado (2018) o modelo de financiamento da AB, apesar das restrições orçamentárias, possibilitou a expansão da ESF e a indução de importantes estratégias para a qualificação da AB por todo país, como o PMAQ-AB. Apontam também, a necessidade da diminuição das desigualdades regionais.

#### **4. REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO EM SAÚDE**

O trabalho é determinante para a saúde, a qualidade de vida e para o bem-estar subjetivo (Blanch, 2011), tendo forte influência nas condições de vida pela constituição dos laços sociais advindos do ambiente de trabalho (Coneglian e cols., 2017). O trabalho pode ser fonte de felicidade, assim como o desemprego pode causar mal-estares individuais e coletivos (Blanch, 2012).

Para Dejours (1994) o estudo da relação entre trabalho e sofrimento mental deve levar em conta as condições e a organização do trabalho, tendo como ponto de início a insatisfação do indivíduo em relação ao conteúdo significativo da tarefa e ao conteúdo ergonômico do trabalho.

Condições de trabalho podem ser consideradas todas as circunstâncias e características ecológicas, materiais, técnicas, políticas, econômicas, sociais, jurídicas e organizacionais que estão presentes nos ambientes e nas relações de trabalho (Lacaz, e cols, 2014). Já a organização do trabalho, de acordo com Dejours (1992), se relaciona à hierarquia, às relações de poder, ao significado e conteúdo das tarefas, ao ritmo de trabalho, duração e organização da jornada de trabalho (turnos, por exemplo) relaciona-se mais diretamente aos distúrbios da esfera mental e psicoafetiva.

Esta ainda pode ser dividida entre prescrita e a real. A organização do trabalho prescrita, diz respeito às tarefas formalizadas que a empresa solicita ao trabalhador, e a real, ao que acontece na prática, na operacionalidade das atividades dos trabalhadores. O descompasso entre elas favorece o aparecimento do sofrimento mental (Glina e cols., 2001).

Num contexto de reformas neoliberais e crise do Estado, é necessário discutir as implicações das novas formas de gestão do trabalho relacionadas a esse contexto e suas repercussões psicossociais.

As transformações sociais que o mundo do trabalho tem sofrido demonstram a urgência de um modelo de atenção à saúde dos trabalhadores que responda às suas necessidades com ações que possibilitem o enfrentamento e a reversão dos perfis de morbimortalidade dos trabalhadores (Gehring Junior; Soares e Correia Filho, 2003; Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

Os determinantes de ordem sociopolítica e econômica estão presentes nas confluências entre processo de trabalho e processo saúde-adoecimento. A desvantagem que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador sofrem ao serem consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados configuram o desgaste (Seligmann-Silva, 2011)

Assim, o trabalhador vem perdendo a autonomia em suas atividades sendo controlado pelo processo produtivo com grandes responsabilidades que vão muito além de uma simples tarefa. A organização destas tarefas, ou seja, a organização do trabalho dos processos produtivos, podem produzir graves consequências para a saúde dos trabalhadores (Sato e Bernardo, 2006).

De acordo com Dejours (1994), pesquisas que buscaram encontrar doenças mentais caracterizadas em operários evidenciaram não doenças mentais clássicas, mas fragilizações que favoreciam o surgimento de doenças do corpo.

Dentre as principais causas de afastamento em trabalhadores de serviços públicos em saúde estão as doenças osteomoleculares e as doenças de ordem mental (Vechia, 2017)

Com a alta demanda dos serviços de saúde e as exigências de cumprimento de metas cada vez mais intensas, os trabalhadores diversas vezes ultrapassam seus próprios limites. A lógica neoliberal expressa nos fatores acima, aliada à instabilidade de empregos e à infraestrutura precária dos serviços, expressa-se nos trabalhadores como adoecimento e também absenteísmo, que se caracteriza pela ausência no trabalho por motivo de doença ou incapacidade (Martinato e cols., 2010).

Para Dejours (1994) o estudo da relação entre trabalho e sofrimento mental deve levar em conta a organização do trabalho, tendo como ponto de início a insatisfação do indivíduo em relação ao conteúdo significativo da tarefa e ao conteúdo ergonômico do trabalho. O reconhecimento, a inteligência no trabalho e a cooperação dependem da organização do trabalho, que é a forma como as tarefas são definidas e distribuídas aos trabalhadores, mas também são controladas, operadas e hierarquizadas.

Dejours (1994) e Merlo (2002) chamam a atenção para o fato de que a impotência para promover a mudança, dá origem a problemas de saúde.

A insatisfação como um sentimento negativo do indivíduo frente ao trabalho, segundo Dejours (1992), é o ponto de partida para o sofrimento no trabalho:

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo de que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando forem esgotados os meios de defesa contra a exigência física. Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir, marca o começo do sofrimento. (Dejours, 1992, p.52).

Na falta de controle sobre a organização do trabalho é possível detectar uma sobrecarga, desmotivação e estresse advindos das novas formas de gestão do trabalho (Dejours, 1992; Lacaz



e Sato, 2006). Assim, o absenteísmo, a insatisfação no trabalho e o não cumprimento de metas são fatores do adoecimento que se mantêm até os dias atuais mesmo que haja uma tentativa de mudanças na gestão do trabalho (Neumann e Lacaz, 2017) como, por exemplo, a partir do pagamento pelo alcance de metas, visto como possibilidade atrativa e de resposta a curto prazo para a melhora na produtividade (Barreto, 2016).

Os trabalhadores esperam o reconhecimento, pois o trabalho está no campo da autorrealização enquanto campo social. É a partir do reconhecimento que o sofrimento pode transformar-se em prazer no trabalho, dependendo da mobilização subjetiva individual e da qualidade da cooperação (Dejours, 2007; Clot 2006).

A possibilidade do conhecimento da realidade de trabalho auxiliará na identificação daquilo que devemos superar para melhoria dos processos de trabalho. Urge, pois, entender o trabalhador como detentor de conhecimento sobre o próprio trabalho (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

Assim, consideramos que, para além da ação da gestão, melhorar a qualidade das condições de saúde no trabalho implica a identificação de problemas com a efetiva participação dos trabalhadores como sujeitos dos processos de trabalho (Vechia, 2017).

## **5. PRESSUPOSTO**

O PMAQ-AB, interferiu de forma positiva nas condições e organização do trabalho e na saúde dos trabalhadores de equipes contratualizadas pelo Programa.

## **6. PERGUNTAS DE PESQUISA**

- Quais as repercussões da implantação do PMAQ-AB na organização do trabalho em saúde na AB?
- Que influência trouxe para a saúde dos trabalhadores de serviços contratualizados pelo programa?

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1. Objetivo geral**

Analisar o processo de implantação e implementação do PMAQ-AB, na perspectiva da gestão do trabalho em saúde, no município de Guarulhos-SP.

### **7.2. Objetivos específicos**

- Descrever as mudanças nas condições e organização do trabalho percebidas pelos trabalhadores de equipes contratualizadas.
- Discutir a influência da contratualização do PMAQ-AB na saúde dos trabalhadores de equipes da AB contratualizadas.

## 8. MÉTODO

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (2010, p. 22),

(...) é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Para responder aos objetivos propostos, realizou-se um estudo de caso, a partir de revisão bibliográfica sobre a temática; ao que associou, numa triangulação de métodos, análise documental de documentos oficiais gerados no processo de contratualização do PMAQ-AB; entrevistas semiestruturadas com gestores de nível central do município e dos serviços da AB, bem como grupos focais (GF) com trabalhadores contratualizados e observação participante em atividades das UBS.

Optou-se pelo estudo de caso, que se caracteriza por enfatizar a interpretação em contexto, levando em conta a inserção social e as interações em que o caso se situa, ou seja, aquelas relacionadas às repercussões psicossociais da gestão do trabalho na saúde dos trabalhadores. Nesse tipo de estudo, busca-se retratar a realidade e revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa variedade de fontes de informação (Ludke e André, 1986).

A revisão bibliográfica teve como recorte temporal os artigos publicados entre os anos de 2011 e 2018 em periódicos nacionais e internacionais em língua portuguesa, espanhola e inglesa (Capes, Scielo, Medline, Lilacs) a partir de descritores como PMAQ-AB; Saúde; Gestão e Trabalho. Tal recorte temporal foi definido porque coincide com o ano de criação do programa, o ano de 2011.

Todas as entrevistas, GF e observação participante foram realizados entre maio e julho de 2016.

As entrevistas semi-estruturadas obedecem, de acordo com Minayo (2010, p.267),

(...) a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter apoio claro na sequência de questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura (...) que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa.

O roteiro das entrevistas foi construído considerando-se o pressuposto e objetivos da pesquisa, para que os entrevistados pudessem informar as suas percepções acerca do PMAQ-AB e possíveis mudanças visando a melhoria na organização do trabalho e qualidade do cuidado.

Foram realizadas entrevistas com os gerentes das quatro UBS nas quais ocorreram os GF, uma entrevista com a gerência técnica da Região B (a gerência da Região A não retornou contato) e uma entrevista com cada um dos coordenadores pelo Departamento da SMS responsável pelas redes de AB devido à importância das suas informações e indicadores de saúde para a compreensão da implantação e implementação do PMAQ-AB. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente com autorização dada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo.

A observação participante foi realizada num período de três meses nas mesmas quatro UBS em que foram realizados os grupos focais com registro em diário de campo objetivando-se descrever, identificar a orientação e a dinâmica do objeto estudado (Spradley, 1980). Ela ajuda no levantamento de elementos para uma melhor definição do objeto a estudar e auxilia os outros recursos metodológicos. O diário foi escrito durante a coleta de dados de campo, trazendo elementos sobre minhas impressões da dinâmica de trabalho das UBS a partir da participação em oficinas de capacitação nas duas regiões de saúde estudadas, nas quais fui convidada a participar pelos gestores regionais.

Para melhor compreender como funciona o PMAQ-AB, também se fez necessário captar a percepção dos trabalhadores de equipes contratualizadas. Para tal, foram realizados 14 GFs com equipes da ESF de UBS em que o gestor da mesma também foi entrevistado.

Uma limitação da pesquisa foi o fato das UBS estudadas não terem sido escolhidas aleatoriamente. Isto se deveu à exigência de que o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-GRU avaliasse o projeto de pesquisa, o que orientou a escolha das UBS a serem estudadas sendo que, originalmente, a ideia era a ida ao campo para visitá-las e depois escolhê-las. Assim sendo, com o apoio e orientação da SMS-GRU foram escolhidas quatro UBS sendo que duas pertencem à Região A e duas à Região B.

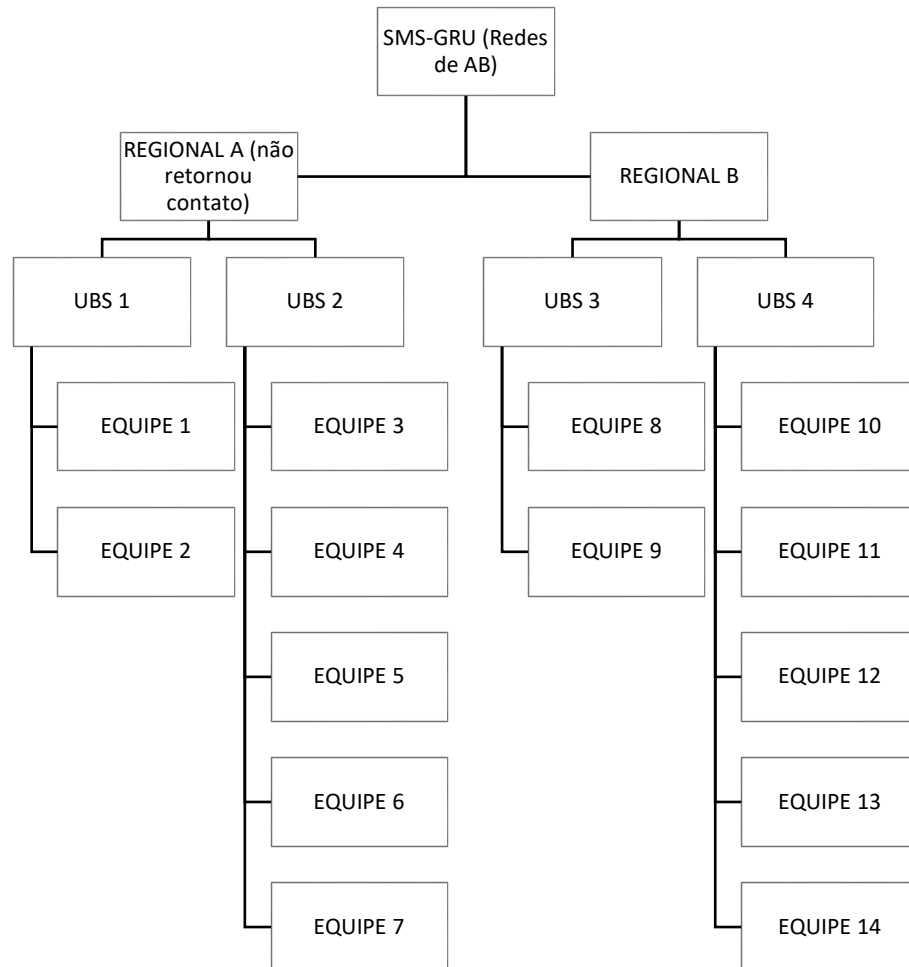
Originalmente, seriam realizados GF com os trabalhadores de equipes da ESF contratualizadas no PMAQ-AB por categorias profissionais. Isto não foi possível, devido à realidade de trabalho na ponta sendo, então, mais factível realizar os GF com todos os componentes de cada equipe da ESF.

Na Região A, UBS aqui chamada de 1, permitiu o envolvimento de duas equipes de ESF. Na UBS 2 foram envolvidas cinco equipes de ESF. Na região B, a UBS 3 envolveu duas equipes de ESF e a unidade 4, quatro equipes.

Os GF ocorreram durante o horário de trabalho das equipes de ESF, em dias de reuniões internas e mais calmos, porém, mesmo assim, nem todos componentes participaram e nem todas

as equipes estavam completas naqueles dias, seja por falta do profissional, seja por afastamento devido a licença médica, férias etc.

**Quadro 7.** Organograma de locais onde atuavam os entrevistados



Fonte: a própria autora

Os depoimentos dos GF foram gravados e transcritos integralmente com autorização dada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo, garantindo o anonimato dos participantes envolvidos.

A técnica para a análise dos dados colhidos, foi a abordagem da Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (1977), a partir de categorias e temáticas. Esta trabalha com a palavra, produzido, de forma objetiva a produção de inferências do conteúdo da comunicação de um texto podendo replicar-se ao seu contexto social (Bauer, 2002).

Nela as unidades de texto que se repetem são categorizadas, produzindo uma expressão que as representem em um conjunto de técnicas de análise com o objetivo de obter, indicadores,

quantitativos ou não, que permitam a conclusão de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (Bardin, 1977).

Para a análise serão respeitados os seguintes passos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; descrição e sistematização do conteúdo das entrevistas; extração das principais categorias presentes nas respostas a partir dos temas mais relevantes que auxiliaram na resposta aos objetivos; inferência e interpretação, etapa onde se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras já acatadas como verdadeiras (Bardin, 1977; Gomes e cols., 2005).

**Quadro 8:** Sistematização da Análise de Conteúdo do Material Coletado em Campo

Núcleos Temáticos	Núcleos de Sentido	Categorias
PMAQ-AB e Gestão da SMS de Guarulhos	Estruturação	Implementação
		Adesão e reconstrução
		Autoavaliação
		MI
		EP, AI e CH
		Avaliação Externa
Saúde e Adoecimento	Condições de Trabalho	Infraestrutura
		Quadro de pessoal
		Uso dos recursos do PMAQ-AB
	Organização do Trabalho	Relações de trabalho
		Quantidade de trabalho
		Satisfação no trabalho
		Percepção dos trabalhadores das equipes de AB sobre os aportes para saúde do Município
	Fortalecimento e Desgaste	Desgaste e satisfação
		Resiliência

Fonte: GF e entrevistas realizadas

Garantindo o anonimato dos participantes, foram utilizados códigos para citá-los nesta tese. Sendo assim são descritos como gestores em nível central os entrevistados do departamento responsável pelas redes de AB e da Regional B, denominados GNC. Os gerentes das UBS foram descritos como Gestores de nível local (GNL) acompanhados do número de 1 a 4 e a letra A ou B representando sua região; e trabalhadores das equipes formando sua denominação inicialmente pela sua função: médico (M), enfermeiro (E), auxiliar de enfermagem (AE) ou agente comunitário de saúde (ACS); sua equipe, podendo variar entre 1 e

14, número de equipes entrevistadas e sua regional A ou B. Quando houver mais de um participante no GF de uma mesma categoria, o número da equipe será acompanhado de .1 ou .2 no caso de equipes com dois AE ou .1; .2; .3; .4; .5; .6, no caso de equipes com 1 a 6 ACS participantes.

Exemplo: Se médico da equipe 2, regional A, sua denominação será M 2A.

Exemplo2: Se Agente Comunitário de Saúde da equipe 13, regional B, sua denominação poderá ser ACS 13.1B; 13.2B, etc.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da São Paulo (Unifesp), cumprindo as normas de Resolução 466/12 (Conselho Nacional de Saúde, 2012). Foi aprovado sob parecer número CAAE 50229315.3.0000.5505. Aos participantes foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo utilizado é padronizado pela Unifesp, para garantir o total anonimato dos sujeitos da pesquisa.

## 9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 9.1. Primeira Fase: Adesão e Contratualização

#### 9.1.1. O Primeiro ciclo do PMAQ-AB: a implantação e implementação do Programa em Guarulhos

A SMS-GRU já tinha, antes da implantação do PMAQ-AB, o objetivo de implantar uma “cultura de monitoramento e avaliação” (GNC1).

Esse movimento, de acordo com GNC1, foi importante para os passos que viriam a seguir com a chegada do PMAQ-AB. Assim, a implantação do programa não foi novidade, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de metas.

*(O PMAQ-AB) não trouxe uma novidade, ele trouxe mais ferramentas de algo que a gente vinha trabalhando e de sistematizar de uma outra forma, de uma outra lógica, na verdade (GNC2).*

No 1º ciclo do Programa, a SMS-GRU efetivou a contratualização de 44 equipes de saúde da família (60,27% do total de equipes do município), vinculadas à ESF que atuam em 19 UBS atendendo à pactuação de indicadores e metas, de conformidade com critérios propostos pelo MS (Brasil, 2011), visando buscar a criação de incentivo financeiro a fim de retribuir as equipes pelo seu empenho e dedicação aos serviços de saúde em que estão lotadas.

Os servidores relatam que o processo iniciou-se como resposta a um instrumento de autoavaliação acompanhado, posteriormente, de uma pactuação de metas, sem muita discussão, como uma imposição vinda do MS, como se lê a seguir:

*Foi meio que jogado no nosso colo, assim, a gente não teve nenhuma informação maior a respeito, de repente disseram que a gente precisava fazer isso, que era uma exigência do ministério para avaliar a qualidade do nosso serviço e falaram que era para a gente fazer matriz de intervenção, um monte de questões e ninguém nem sabia sequer o que era uma matriz de intervenção. Depois pactuou números e metas. Mas assim, foi um negócio meio jogado e ninguém explicou o que era, para que vinha, porque que era, se isso era vinculado a alguma verba ou não, falaram que era para o ministério avaliar a gente, então foi meio que um a coisa assim, “você tem que fazer porque o ministério vai cobrar o resultado disso aqui” meio impositivo. (M 5A).*

*No começo foi assustador porque a gente tinha que cumprir metas e era muita exigência, era muita cobrança, e era muita correria e tinha que, tinha que cumprir. A gente estava acostumado com um ritmo aí de repente vem esse programa, assim, de repente, você assina e você tem que cumprir porque você assinou, e você é cobrado por aquilo que você assinou então você tem que cumprir (ACS 7.1A).*

Interessante pontuar que a maioria dos informantes acerca desta questão, nos grupos



focais (GF), foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, em sua maioria, trabalham na SMS-GRU desde a implantação do Programa no país em 2011, e corroboram com a informação que a situação de algo imposto, sem muita margem de negociação e que afetou de forma distinta a carga de trabalho das equipes.

*No começo a gente não entendeu direito como que era a PMAQ-AB e aí acaba entrando na cabeça da gente que é mais trabalho. Aí aos poucos você vai se adaptando. (AE 11.1B)*

*Quando eles chegaram com essa proposta da PMAQ-AB, eles cumpriram muita coisa e só deixou para nós a responsabilidade de bater uma meta para receber uma verba, é o que a gente tinha do PMAQ-AB (ACS 11.3B).*

*Quando eles vieram a primeira vez passar para nós, para gente pactuar, eles trouxeram uma coisa muito linda, além de a gente fazer pela população, eles ainda iam estar fazendo pelos funcionários (ACS 11.2B).*

*Para nós não mudou muita coisa em relação as ações, porque a gente já fazia as essas ações. A diferença é que a gente não colocava no papel. Então, assim, ao meu ver não mudou nada do nosso trabalho, que eu até na época brinquei "caramba, a gente vai ganhar por uma coisa que já fazia". (AE12.1B).*

*Em relação ao trabalho, a gente não teve muito porque a gente já fazia esse trabalho, a gente só teve mais um pouquinho para fazer mais levantamento de dados (ACS 1.3A).*

*Na primeira reunião que nós tivemos, foi muito, assim, desgastante, foi aquela coisa turbulenta né, foi muito difícil, porque a gente ficou meio sem compreender o que seria o PMAQ-AB na verdade né, e as metas que teriam que ser alcançadas né, foi assim meio desgastante (ACS 8.1B).*

*Eu me senti um pouco acuada e ao mesmo tempo as informações não batiam. O PMAQ-AB foi muito complicado para nossa equipe em especial porque a gente tinha a doutora que tinha que atender e aí a gente tinha que montar esses slides para apresentar, aquela coisa toda, nós tínhamos uma enfermeira na época que jogou a toalha, que não quis ajudar, então nós, agentes de saúde tivemos que nós dividir, metade foi para a rua para trabalhar, metade ficou aqui buscando dados, foi uma coisa louca né (ACS 6.3A).*

*Falaram que a gente tinha que atingir metas, que a UBS tinha que atingir metas e só isso. E essa meta foi calculada por equipe, por exemplo, teve uma reunião, cada equipe x tinha que ser tantos Papa Nicolau por ano, tantos grupos, tantas visitas (ACS 3.2A)*

O que se percebe é que tanto as equipes das regionais de saúde, quanto as equipes de ESF adotavam processos de trabalho distintos e a implantação do PMAQ-AB, para algumas equipes significou uma sobrecarga de trabalho, sendo que para algumas não houve uma exigência demasiada, ao passo que para outras apenas permitiu registrar tudo aquilo que já era realizado pela equipe.

*Na verdade, assim, não foi um bicho de sete cabeças porque já é o nosso dia a dia né, mas isso deixou eles estressados, então acaba que no final das contas, nessa primeira*

*pactuação, a gente ficou até a cima da media porque correu tanto, correu tanto, e acabou fazendo o que a gente já fazia M 4A).*

Percepção esta compartilhada com os gestores locais, como aponta a fala abaixo:

*Cumprindo muitos indicadores, então para mim, como gerente, não teve mudança no PMAQ-AB. Eu acredito que estava muito bem estruturadinho, não teve tanta mudança. (GNL 1A)*

*A gente foi trabalhando aqui internamente com equipe para poder dar consistência ao programa, trabalhando com as unidades [UBS]. A gente fez muitas oficinas por que a gente trabalhava com essa questão de sensibilizar os nossos trabalhadores para o que era esse programa de melhoria do acesso e da qualidade porque sempre que vem uma coisa nova, a rede, as pessoas respondem 'Nossa, mas eu não estou trabalhando direito? Como é que é isso?' Então a gente sentou em várias oficinas para prepara-los para sistematizar o que já se fazia, anotar um pouco mais do que já se fazia, nada tão diferente. (GNC4).*

E, devido a esta sobrecarga de trabalho, o processo de contratualização no primeiro ciclo, que envolveu a pactuação de metas para o período foi extremamente desgastante, como se observa nas falas a seguir:

*Eu lembro que nós tivemos que ir atrás, fazer avaliação, recolher planilhas. Foi bem complicado e difícil, principalmente levantar toda a papelada (ACS 1.2A).*

*O mais estressante mesmo foi só o primeiro, que todos choraram no dia. Todos que estavam participando chegaram a chorar, não tinha jeito com ela, sabe? Ela queria porque queria que a gente aumentasse as metas, a gente falava não e ela começava a brigar, todo mundo se estressou, todo mundo chorou ACS 8.2B).*

O processo de apresentação da proposta do PMAQ-AB, mediante reuniões promovidas pela SMS, no início de 2011, envolveu servidores das diversas equipes que foram distribuídos em muitas salas distintas do prédio de uma universidade reservadas para tal atividade. Em cada sala concentrava-se uma equipe e um responsável pela contratualização.

Frise-se que todas as equipes entrevistadas saíram de tal reunião com a contratualização no PMAQ-AB concretizada.

Alguns servidores já conseguiram, de início, entender a proposta de organização que buscava a melhoria da qualidade do serviço, até porque iria organizar e quantificar algo que eles já faziam no dia a dia, como segue:

*A princípio, a impressão que eu tinha é que era uma coisa para fazer uma organização, para deixar tudo tipo padronizado. Os atendimentos, como se diz, todo o controle, o que cada região... porque com essa implantação do PMAQ-AB, ele tinha a visão de padronizar todo um sistema e tinha incentivo bacana, financeiro, mas a proposta era muito legal, era uma coisa que a gente mais ou menos fazia, só que não tinha aquela obrigatoriedade (ACS 14.2B).*

*A visão que eu tive é que todas as atividades já eram feitas, que iria nos auxiliar a organizar o processo de trabalho (GNL 3B)*

*Foi um processo de organização, de colocar a casa em ordem, porque o PMAQ-AB exige umas coisas sua, então no meu ponto de vista foi uma faxina, uma limpeza, aquilo que não tinha a gente fez, aquilo que tinha a gente só manteve (GNL 2A).*

*O lado positivo que eu acho é que a gente viu o que a gente fazia em números, ajudou a melhorar até a organização de documentação que é o que a gente faz no nosso dia a dia, mas você não está preocupado em documentar tudo isso daí, em colocar em números e gráficos (M 4A).*

*É que nós reconhecemos realmente o nosso território né, que a gente vive apagando fogo. Então nós começamos a atualizar nosso mapa vivo, os ACS viam e reconheciam sua própria rua no mapa vivo e eles colocavam o espetinho colorido de acordo com a patologia ou com a classificação, então foi muito bom, assim, porque movimentou e até, todos os profissionais, tanto os ACS como médico, enfermeiro, auxiliar, a gente começou reconhecendo o que tinha, então foi um exercício dinâmico. Mas assim, cansativo, porque a gente tinha que entrar, no computador e digitar bonitinho cada um (E 4A).*

Como já dito, numa das diretrizes de funcionamento do PMAQ-AB é apontado que a adesão das equipes seja voluntária, pois deve haver o protagonismo de todos os atores envolvidos no processo, além da proatividade e da motivação das equipes que devem perceber-se como essenciais para o desempenho de seu processo de trabalho (Brasil, 2012), e isto foi percebido, pela gestão da SMS, com algo já realizado e que agora era reconhecido:

*Nós sempre tivemos uma prática em trabalhar de forma extremamente compartilhada, discutida, então nós apresentamos para os nossos diretores, junto com o secretário (de saúde), então o movimento inicial foi fazer essa discussão e apresentar para esse coletivo uma tomada de decisão, se iríamos ou não fazer a adesão. Foi consenso que era importante o município fazer a adesão. Então nós chamamos as regiões de saúde, cada região de saúde tem um representante da atenção básica, e a partir daí nós começamos a fazer toda a discussão com os nossos trabalhadores e gerentes, entendendo que não poderia ser uma decisão de cima pra baixo, mas tinha que ser algo que fosse voluntário, que as pessoas entendessem que era um movimento para fortalecimento da gestão local (GNC1).*

Tal afirmação contrapõe-se a várias falas dos servidores da AB, inclusive gestores de nível local, que salientam que o processo de contratualização não foi voluntário, conforme abaixo:

*Independente da contratualização eles tinham que cumprir as metas todas (GNL 1A)*

*As equipes que estavam completas tinham que contratualizar. O PMAQ-AB é imposto, né? Manda quem pode, obedece quem tem juízo (GNL 2A).*

*A gente achou que os profissionais que fizeram a implantação do PMAQ-AB de uma forma como uma pressão, que isso causou um certo estresse nas equipes (...). Assim, todos que estavam com equipes completas automaticamente não foi dada a opção de não contratualizar (GNL 3B).*

*A gente não pode escolher. E eu, se pudesse escolher, eu não estaria... já vem tudo pronto (ACS 1.1A).*

*Eu nem sabia que existia essa possibilidade (de não pactuar) (ACS 2.4 A)*

*Não teve essa possibilidade. Na verdade, a gente pactuou, a gente achou que era obrigatório, entendeu? Entregaram um papel para a gente "ó, vocês têm que assinar" "tudo bem" a gente já tinha feito mesmo, a gente primeiro fez e depois pactuou, entendeu? Depois assinou (M 5A).*

*Sempre chega um papel e fala que você tem que assinar (ACS 6.1A).*

*Todo o posto quase, falou que não ia pactuar, e aí quando nós fomos para lá falou que não tem essa opção, é uma coisa que é automática, o município já é pactuado, então a unidade não tem como dizer não, e isso é um absurdo, você ser forçado a fazer uma coisa que você não concorda ou mudasse alguns termos, mas não, não tem isso entendeu? Aí você vai para lá é aquela coisa maçante, uma coisa que não precisava ser assim (ACS 6.1A).*

*Foi meio que uma pressão, "assina e assina". Até porque acho que como eram 5 equipes, acho que se uma equipe não assinasse, as outras também não poderiam participar, então tinha que ser, todo mundo tinha que assinar, não podia ficar ninguém de fora, entendeu? Veio assim, como uma obrigação mesmo (ACS 3.1A).*

*Para a gente que ficou aqui no posto chegou chegando, não foi "vocês querem participar?" Não, foi "vocês vão participar", né? (M 4A).*

*Não vieram perguntar para a gente "vocês querem participar ou não?" "ó, é um programa e a gente vai participar, a sua área foi cadastrada" pronto. A gente tinha opção de não assinar, eu lembro que a primeira vez que a gente foi o antigo gerente disse que a gente assinaria se a gente quisesse, mas não foi assim (ACS 14.1B).*

Ademais, foi condicionada a contratualização ao pagamento em dinheiro, sob forma de gratificação, para as equipes com melhores notas. De acordo com Souza e Cunha (2013, p. 660):

*O casamento de instrumentos de avaliação com distribuição de recursos como principal mola propulsora e modo de indução de políticas costuma diminuir a potência construtiva das avaliações, assim como a capacidade crítica. Ainda mais quando os recursos são escassos. Nesse modelo, a avaliação se torna o 'carro chefe' do processo de gestão, atrelando repasses de recursos ao cumprimento de metas monitoradas sistematicamente.*

Além disso, a alta rotatividade dos trabalhadores das equipes de ESF, principalmente de profissionais de ensino superior, mas também recorrente quanto a outros profissionais, relacionada à (in)satisfação no trabalho, falta de realização profissional e reconhecimento como aponta Medeiros (2010), faz com que novos trabalhadores entrem ou saiam das equipes no meio do ciclo de avaliação. Quando um novo profissional entra numa equipe, ele já está automaticamente contratualizado e participando do PMAQ-AB, mesmo que não o tenha aceitado ou participado da pactuação, como se lê a seguir:

*Eu só fiquei sabendo que existia o PMAQ-AB quando eu recebi a gratificação, daí descobrimos que mesmo que não tivéssemos assinado nada íamos receber também (E 11B).*

*Era outro enfermeiro que fez a pactuação, cheguei na fase da avaliação externa, e não sabia, acho que até hoje muita coisa a gente vai aprendendo descobrindo que*

*está errado, com os erros, porque eu não sabia o que era de fato proposto, o que era a própria matriz de intervenção, não tinha passado, não conhecia a estrutura, e aí eu já entrei já sendo, com aquela correria, um estresse muito grande da unidade, porque a gente já um mês para receber a visita da avaliação externa né. Mas assim, a gente conseguiu passar né, a gente conseguiu se virar e a partir daí que a gente foi tentando construir, a equipe já estava estruturada já, mas assim, no meu entendimento eu comecei a aprender a partir dali, daquele susto que eu levei (E 13B).*

*Quando eu entrei, já entrei direto no meio do PMAQ-AB (ACS 2.4A)*

Esta situação pode estar relacionada ao que foi apontado por parte da gerência, ou seja, que o Programa não foi explicitado de forma clara no seu início:

*A princípio, teve dificuldade de entendimento, pelas equipes também. Eu estava em outra unidade e lá haviam muitos profissionais novos na prefeitura, então tivemos uma certa dificuldade (GNL 3B)*

Na época da implantação do PMAQ-AB o MS delimitou o número de equipes que participariam do 1º ciclo, de acordo com GNC1. Assim, a SMS-GRU elencou cenários e prioridades e foram “[...] fazendo a discussão com cada equipe, com cada trabalhador com o processo de que as pessoas entendessem qual era a proposta e fizessem a adesão”. (GNC1)

As coordenações das regiões de saúde, em conjunto com o nível central da SMS realizaram o trabalho de ‘sensibilização’ no sentido de mostrar, de acordo com GNC4, que a implantação do PMAQ-AB era um processo de troca de experiências, de saberes, numa perspectiva de melhor organização do processo de trabalho das equipes, como mostra a fala abaixo:

*A gente trabalhava com essa questão de sensibilizar os nossos trabalhadores para o que era esse programa de melhoria do acesso e da qualidade porque sempre que vem uma coisa nova, a rede, as pessoas respondem ‘Nossa, mas eu não estou trabalhando direito? Como é que é isso?’ Então a gente sentou em várias oficinas para dizer: ‘Olha, a gente vai sistematizar o que a gente faz hoje, tem um mote aí que a gente precisa se especializar um pouco, anotar um pouco mais do que a gente faz, não nada tão diferente (GNC4).*

No momento inicial do trabalho foi adotada a estratégia de utilizar-se a **qualidade** como mote para avaliação da AB no município, ou seja, trabalhar os protocolos do PMAQ-AB com todas as UBS, tanto da ESF, quanto unidades tradicionais, como relata membro da gestão central da SMS:

*Acho que a experiência também das unidades que não eram PSF (Programa de Saúde da Família) que a gente conseguiu fazer uma região supervisionando, fazendo a visita da outra. (...) acho que também foi bem interessante no processo, por que a gente foi entendendo o que é unidade, a rede é básica. O Ministério, quando ele traz o PMAQ-AB, ele traz para as unidades com estratégia (ESF) acho que Guarulhos foi olhando: ‘Olha, a nossa rede é única’ (GNC4).*

Este entendimento, adotado pelo nível da gestão central da SMS, de que a rede de AB é uma estrutura única, pautou a avaliação de todas as UBS como se lê abaixo:

*(...) então nós, utilizando o material do ministério, fizemos um grupo dentro da secretaria capacitando as equipes, fizemos uma avaliação in loco nos moldes da avaliação externa tentando pegar alguns indicadores de produção, como se fossem geoprocessados, já que eles na época não tinham CIAP, nem o e-SUS. Então utilizamos alguns indicadores de base SIA e fizemos uma avaliação dessas outras equipes também. A gente entende que a atenção básica, apesar de ter estratégias diferentes, ela deve trabalhar num entendimento igual, entendendo toda a diferença que um desenho de estratégia, uma construção de equipe traz, mas que a questão da integridade da atividade seria a mesma. Então a gente já tem feito esse processo de conversa com as unidades tradicionais então, entendendo as suas dificuldades, mas que a medida do possível eles sempre possam fazer nas mesmas ações, ou seja, respeitando a sua diferença, mas buscando o mesmo objetivo (GNC2).*

A rotatividade, ou melhor, o trânsito dos servidores por vezes também é interno, o que durante os anos levou profissionais da assistência para a gerência e vice-versa. Assim, colhemos relatos de servidores que estiveram, no início do primeiro ciclo de pactuação do PMAQ-AB, em unidades tradicionais de saúde que não foram contratualizadas, mas que receberam a proposta de avaliação única descrita acima.

*Quando chegou eu estava na assistência, então a minha equipe não era uma equipe contratualizada. Eu vi as demais equipes indo para pactuação, respondendo e falando que iam participar do PMAQ-AB, mas para mim não foi naquele momento explicado o que era um PMAQ-AB, né. Então a gente foi aprendendo aos poucos. Eles traziam para a gente responder o AMAQ-AB, mas nada muito esclarecedor, nunca me deram um objetivo para responder isso (GNL 4B).*

Foi defendida, pelos servidores da AB, nos GF, a necessidade de que a investidora no Programa fosse mais clara, principalmente no que diz respeito ao repasse de verba tanto para o município quanto para garantir a gratificação aos trabalhadores, como segue:

*Era uma coisa que deveria ser mais clara, eles deveriam ter falado a quantidade dessa verba. Primeiro de tudo eles deveriam ter passado o que é PMAQ-AB, qual que era o propósito do PMAQ-AB, o propósito do PMAQ-AB não seria somente a verba. “Está vindo uma verba que será dividida entre vocês, para vocês. A gente ainda não sabe como, mas vai vim”, essa deveria ter sido a fala inicial que não foi (AE 11.1B).*

*A gente foi lá, pactuou, tudo lindo maravilhoso, aí ele incentivou falando do dinheiro, que não foi ninguém que pediu, ele foi lá, falou que ia dar, sendo que a única regra era atingir as metas que ele tinha falado. Aí, depois na hora de pagar que ele fez aquele bando de coisas né, não podia ter atestado, não podia fazer isso, não podia aquilo... (AE12.1B)*

De acordo com Moreira, Vieira e Costa (2016), a qualidade implica em que a gestão procure promover o resgate da relação interpessoal entre membros das equipes e entre equipes e usuários; bem como a remuneração, capacitação e qualificação das equipes e dos próprios gestores, além da participação ativa na pactuação de metas e diretrizes de qualidade. Posto isso,

percebemos que a cultura institucional do município já mantinha proximidade com o conceito de qualidade dos serviços e buscou, mesmo com um Programa de Qualidade voltado para as equipes de ESF, promover monitoramento e avaliação em busca da qualidade para todas as modalidades de equipes, mesmo que não contratualizadas.

Também percebemos que tanto servidores quanto gestores locais entendem o planejamento como algo prioritário para organizar o trabalho nas UBS, apontando quanto o PMAQ-AB mudaria os processos de trabalho tanto no aspecto organizativo, como sobrecarregando-os devido à falta de informação acerca do funcionamento do Programa.

### 9.1.2. O segundo ciclo do PMAQ-AB: a questão das gratificações

Por ocasião do segundo ciclo foram contratualizadas 81 equipes de saúde da família em 33 UBS, o que representou 94,19% do total de equipes do município (Vialle; Oliveira; Tonim, 2014). Saliente-se que as equipes incluídas foram as da ESF que estavam completas, sendo que no primeiro ciclo havia o limite máximo de adesão de 50% das equipes do município e, para tanto, a escolha foi realizada pela equipe de nível central de gestão da SMS em conjunto com a direção das regiões de saúde do município.

O relato a seguir expressa a visão dos gestores de nível local e refere-se às oficinas iniciais dos ciclos, nas quais preocupou-se muito mais com o aspecto quantitativo de cumprimento de metas do que com a organização do processo de trabalho das equipes:

*A primeira coisa foi a pactuação de metas, eles solicitaram que nós indicássemos quais metas iríamos cumprir antes de qualquer coisa (GNL 1A).*

*As oficinas foram muito pesadas. As que a gente participou foi de pactuação, somente pactuação. Então eu preciso de número, número, número, número, número! (GNL 3B).*

Para os que atuavam na ponta, o que se observou nos relatos foi um desânimo total das equipes em relação aos problemas que encontraram com a gratificação (assunto discutido no item 9.4 desta tese), quando se observou que a vontade de efetivar o Programa diminuiu muito, como lê-se a seguir:

*Então quando a gente viu o resultado daquele primeiro ano do PMAQ-AB, nossa, muita gente se decepcionou, outros não queriam nem trabalhar, outros detestaram o PMAQ-AB, “aquilo ali não existe”. “Onde já se viu um negócio desse, uma coisa que eles vieram, passaram para nós uma situação e nada aconteceu”. (AE 11.2B)*

*Segundo ciclo foi um desanimo, né. Porque acaba a gente desanimando mesmo com a situação, com a maneira de que foi feita. Então assim “ah, precisa aumentar o diabético”, mas eu vou aumentar para que se eu não receber. “ah, mas precisa*

*aumentar a gestante" eu vou aumentar para que se eles não me pagaram nada. Eu trabalhei, trabalhei, trabalhei e não recebi, então, acaba desanimando (ACS 10.2B).*

*Cumpre-se porque nós somos pessoas idóneas, porque nos comprometemos, porque nós temos um contrato e não é da minha índole deixa de trabalhar porque eu não recebi. Então eu me contento com o meu salário e cumpro minha função, estou aqui no meu horário, atendo os meus pacientes, cumpro a minha função. Mas assim, mediante o programa, zero (ACS 11.3B).*

A isso se alia a percepção da falta de apoio do nível central da SMS e a prioridade por ele assumido em valorizar a quantificação no processo de avaliação, como segue:

*Ficou mesmo na base dos números, entendeu? Eu acho que aí acabou partindo das equipes e das unidades mesmo dar continuidade de uma maneira, entre aspas, sozinha. Apesar que o PMAQ-AB também serviu muito acho que para ajudar, deu para a gente ter uma noção leal de como trabalhar isso, deu para organizar, mas assim, também deixou muito a desejar né, acabou ficando mesmo só por conta das unidades do interesse das unidades mesmo (ACS 14.2B)*

*Na verdade, o que ficava muito, muito claro, era assim: "existe um PMAQ-AB e ele vem uma verba". Então as pessoas se interessavam de falar muito da verba que viria, mas não mostrava a real necessidade do PMAQ-AB (GNL 3B).*

Observa-se, novamente, pelas várias falas a seguir, relativas à pactuação do segundo ciclo, com clareza, que a pactuação/adesão ao Programa não ocorreu de forma voluntária:

*Aí na época quem falava que não ia assinar, porque eu fui uma que falei assim "eu não vou assinar", eu não assinei o segundo ciclo, eu não assinei o terceiro ciclo, mas o meu nome está lá. Estou pactuada. Não adianta você falar que não vai assinar, está pactuada automaticamente (ACS 11.3B).*

*Eles colocam uma meta que tem que ser isso pronto e acabou, não tem conversa (ACS 11.5B)*

*O segundo ciclo eles acharam que todo mundo queria. Os outros ciclos foram automáticos (AE 2A)*

*Agora nessa contratualização eu estava sem médico né, falei para gerente que estávamos sem médico então eu não ia assinar a recontratualização e ela me disse que era obrigado. Como é que eu vou pegar e vou assinar uma contratualização sem médico? Mas é obrigado. Então aí assim, porque a prefeitura, ela recebe por causa do PMAQ-AB, é obrigatório, todo mundo tem que assinar (E 8B).*

*Complicado isso né, isso é um opcional meio velado, então, assim, eu realmente, eu li o documento da primeira vez né eu ainda brinquei com meu gerente, falei "uai, se eu não quiser eu não participo então, é isso?" Ele falou assim "é, mas... tem que participar né" (E 9B).*

*Que também não foi pactuado assim tipo como voluntário ou involuntário. Chegou assim, "ó gente, é esse ano de novo, tem que fazer tudo outra vez, responder as questões, tem um prazo para entregar até tal dia e se vira nos 30". Foi totalmente impositivo, o segundo acho que foi pior que o primeiro (M 5A).*

*É assim, tem que assinar porque tem que mandar, tem que assinar correndo e tem que mandar entendeu? Porque se bobear você não tem nem chance de ler (ACS 6.2A).*

*Pressão. O que foi falado na verdade foi o seguinte "você vai pactuar e vai cumprir*



*essas metas. Se você não pactuar, você vai cumprir do mesmo jeito" (E 7A).*

Apesar disto, no segundo ciclo, o prévio conhecimento do Programa diminuiu a ansiedade anteriormente gerada, como se lê nas falas abaixo:

*A gente já fazia mais parte do programa, consegui entender o programa melhor e já não ia trabalhar com aquela ânsia pelo dinheiro, a gente ia trabalhar sim para melhorar a nossa equipe em cima do PMAQ-AB (AE 11.2B).*

*Foi menos tensa. Como agente comunitária eu achei que foi menos tensa do que a primeira porque a gente já sabia como era (ACS 11.2B).*

*Foi mais tranquilo, porque chegou uma pessoa de apoio, porque ela foi nos ajudando a ter o entendimento do que era o PMAQ-AB (GNL 3B)*

*Talvez para o primeiro ciclo foi muito mais rígido, que a gente colocou o que estava lá dado, e no segundo ciclo já um entendimento melhor. É eu acho que as próprias equipes como já tiveram acesso também as informações, aí ela vai com pouco tendo cada vez mais autonomia né (GNC3)*

*E aí ele foi se aperfeiçoando, na verdade hoje em dia quando vai apresentar esse PMAQ-AB ele é mais suave, até porque a enfermeira tem todo o controle dela, a doutora tem o dela e é uma coisa mais suave do que era no começo (ACS 6.3A).*

Percebe-se que no segundo ciclo do PMAQ-AB não houve motivação para o cumprimento de metas por parte dos servidores, na medida em que as condições para o recebimento das gratificações não estavam explicitadas de forma clara pela gestão da SMS.

Apesar da menor ansiedade, o reconhecimento trazido pela gratificação foi uma surpresa negativa pois se concretizou de forma totalmente distinta do informado por ocasião da implantação do Programa, em 2011.

### **9.1.3. O terceiro ciclo do PMAQ-AB: ceticismo crítico.**

Desde 2016 está em andamento o 3º ciclo do PMAQ-AB, sendo que no final de 2018, foram divulgadas as notas da avaliação externa, que ocorreram após a coleta de dados para esta Tese.

Foram contratualizados, para este ciclo, 123 equipes de ESF, conforme Extrato de Adesão das Equipes de ESF, elaborado do pelo MS (Brasil, 2016), informação esta fornecida pela SMS, durante a coleta de dados. Como a coleta de dados para esta Tese, obtida junto aos servidores mediante realização de entrevistas e GF ocorreu até agosto de 2016, época em que o município processava a pactuação de metas. Não havia data para ocorrer a avaliação Externa e a certificação somente iniciou no ano de 2018.

A isso se somava a sensação de insegurança do nível central da SMS trazida pela

possibilidade de derrota nas eleições municipais que se aproximavam, por parte do Partido no poder, o que acabou ocorrendo e pela assunção do presidente interino Michel Temer numa situação de crise econômica vivida pelo país (Jinkings; Doria, Cleto, 2016).

É o que se expressa pelas falas a seguir:

*Com essa troca de gestão federal ainda não temos muita noção de como serão as coisas, não recebemos mais informações (GNC 1).*

*A gente sentiu a troca do Ministério (da Saúde), estávamos numa construção com o PMAQ-AB. Depois que ele saiu deu uma esfriada. Não se sabe nem ainda quando virão os avaliadores (GNC5)*

Da parte dos servidores era apontado que o terceiro ciclo iniciou-se com maior naturalidade, devido à experiência por eles adquirida nos ciclos anteriores, como se lê a seguir:

*Agora a gente sabe melhor o que está fazendo, porque a gente já conheceu as regras do PMAQ-AB (ACS 2.4A).*

*Hoje no terceiro ciclo, tudo isso já está mais organizado, hoje já não ficamos tão ansiosos (ACS 11.3B)*

*Eu acho que algumas coisas que são a parte chata, a parte burocrática e papelada que como foi acho que agora nessa fase está todo mudo envolvido, assim, em relação a saber as responsabilidades, o que se deve cada um correr atrás de fazer (E 13B)*

Porém, a contínua insatisfação em relação à gratificação fez com que o trabalho fosse feito em prol da gestão interna e do planejamento, apenas, sem perspectiva de retribuição financeira, o que imprime ao PMAQ-AB no município um certo ceticismo crítico, como se lê a seguir:

*A gente está fazendo para a gente, não estamos mais fazendo PMAQ-AB em relação a dinheiro (ACS 14.4B)*

*Quando você traz uma nova proposta de PMAQ-AB para o ano, eles falam o seguinte "ah, não vou pactuar. Eu não quero pactuar porque a gente não vai receber. Então eu vou continuar trabalhando do jeito que eu sempre trabalhei, mas independente disso não vou trabalhar para poder fazer o PMAQ-AB acontecer não. Porque eu não recebi" (GNL 3B).*

*Por que demorou para chegar a verba do PMAQ-AB, achavam que não iam receber, por que demorou para receber, então não queriam pactuar (GNL 1A).*

*Na verdade, todo mundo desacredita, ele não é uma instituição, o PMAQ-AB, não tem muito crédito. Não vai dar nada certo mesmo, não vou receber mesmo, faz aí o que dá para fazer e pronto (M 5A).*

E a mesma prática de pactuar as equipes **sem** respeitar a diretriz da pactuação voluntária é criticada nas falas, tanto de gerentes como de servidores, conforme o que se lê na sequência:

*Só fizemos os números, mas eu não assinei nada (M 1A).*

*Existe uma certa imposição. "A equipe quer contratualizar?": é uma utopia. Não existe isso aqui. Ou você participa ou participa (...). Então foi obrigado, foi sim, indiretamente... se você chegar e perguntar para ele "ah, não a gente pactuou", não, eles pactuaram por nós. (GNL 4B).*

*Hoje entendendo que a gente vai trabalhar com foco nas equipes. E esta oficina que a gestão regional deu foi muito mais leve, as meninas se sentiram muito mais confortáveis de estar lá e de entender o que que era (GNL 4B)*

*Então pergunta a motivação que a gente tem para repactuar esse PMAQ-AB? Nenhuma. Se fosse para escolher nenhuma de nós participaria, entendeu? Porque é um desgaste emocional muito grande, foi um desgaste interpessoal, teve tretinhas internas (ACS 5.4A).*

*Não, ele é, eu considero o PMAQ-AB um gerador de estresse no trabalho pelo fato de ele ser simplesmente imposto, ele não é uma coisa opcional (M 5A).*

*Porque eles ligaram o botão para a gente há muito tempo, porque a partir do momento que eles fizeram isso, sem perguntar o que a gente achava, sem perguntar se a gente queria, é simplesmente você é obrigado a assinar, você é obrigado (ACS 7.4A).*

E, reforça-se aqui, novamente, que a rotatividade de servidores afeta o andamento dos trabalhos com vistas à continuidade do Programa:

*Alguns de nós só participaram neste terceiro ciclo, então é tudo novo para a gente, a gente nem sabe direito o que é e o que não é, entramos de gaiato (E 6A).*

*Eu cheguei aqui agora, conheci o PMAQ-AB quando soube que receberia uma gratificação, eu nem estava em equipe pactuada, nem sabia que ia ter direito. Estou aqui agora sabendo que existe, mas não como fazer, a gente aprende na prática (E 11B).*

Para a implantação do PMAQ-AB neste ciclo, as regiões iniciaram seus trabalhos com reuniões das quais participaram as gestões central, regionais/locais e as equipes. Houve uma disparidade de prioridades, na medida em que a região A, adotou um foco quantitativo, calcado na mera pactuação de metas, a região B um foco qualitativo, ou seja, mais voltado para o planejamento das ações da AB, como segue:

*A região A ela teve historicamente, culturalmente dentro da sua proposta dos diretores anteriores uma lógica que trabalha muito o sistema de informação, com indicadores, territorialização muito forte (GNC 3).*

*Eles chamaram a gente lá para discutir os indicadores, pactuar as metas pra começar esse ciclo (E 6A).*

*Nesse último praticamente a gente nem participou. Foi a equipe inteira, mas quem fez os cálculos foram médicos e enfermeiros, a gente só foi lá para a plateia (AE 3A).*

*Hoje entendendo que a gente vai trabalhar com foco nas equipes. E esta oficina que a gestão regional deu foi muito mais leve, as meninas se sentiram muito mais confortáveis de estar lá e de entender o que que era (GNL 4B)*

*Não foi tão quantitativo, foi mais qualitativo (M 8B)*

Acresce a isto o fato de que a participação na pactuação deste ciclo foi praticamente realizada apenas com médicos e enfermeiros sem participação dos outros membros das equipes.

Das outras regiões não houve coleta de dados qualitativos para esta Tese, porém a gestão central comenta suas características:

*A região C ela trabalha numa logica de apoio com referência assim, ela tem 7 apoiadores institucionais, que era da equipe técnica, então é, uma pessoa que cuidava da EP vai fazer apoio em um distrito. A região D, eles até têm essa lógica um pouquinho de acompanhar o indicador, mas ainda está muito longe, eles pendem mais para a questão, na questão qualitativa (GNC 3).*

Ressalta-se a importância do planejamento e do alinhamento do trabalho, que se percebe mais presente por ocasião do terceiro ciclo, demonstrando que a busca do planejamento e da transformação dos processos de trabalho, tornou-se um objetivo comum, podendo ser um fato positivo para a qualificação dos serviços voltados para a AB do município ao aderir ao PMAQ-AB, como se lê a seguir na fala de gestores de nível central:

*Então eu percebo assim "nossa, quanta diferença de um lugar para o outro". E eu, hoje não, aí com o PMAQ-AB eu sinto o que, que todo mundo trabalhando na mesma diretriz. Eu acho que as equipes trabalham, mesmo com as diferenças, com as particularidades que cada uma tem, elas trabalham com um objetivo comum. Antigamente você via diferenças gritantes de uma unidade para outra, ou unidades próximas. Hoje não, hoje mesmo unidades distantes a gente tem o mesmo conceito de trabalho né, a gente alinha o trabalho. Essa é a vantagem do PMAQ-AB, de estar com o trabalho alinhado. E todo mundo falando a mesma língua (GNL 4B).*

*A gente sempre trabalhava duas unidades por vez para ver o que uma faz que a outra não faz, que uma não faz e a outra poderia fazer, é uma troca de experiências, por isso de ser em dupla. A intenção do Ministério é fantástica porque você trabalhar os indicadores, qual é o seu papel e aquilo que você já faz, mas aquilo está vinculado a um objetivo, uma coisa mais estruturada (GNC5)*

Os gestores de nível central e local demonstram perceber que a proposta do PMAQ-AB é melhorar os próprios meios de avaliação e monitoramento da qualidade de acordo com o passar de seus ciclos, o que foi tornando o Programa mais sensível à realidade e coerente com o contexto loco-regional, como se observa na fala:

*E o próprio programa, o modelo vai se alterando a medida que ele já avaliou que alguns passos que ele achava importante naquele momento já não são mais necessários, bem como é necessário induzir algumas outras ações para o programa, pois ele também tem um pouco dos parâmetros que o Ministério quer para o país. Assim, no início ele avaliava comparativamente com outros municípios, hoje já não é mais assim (GNC 2).*

Percebe-se, que, como o PMAQ-AB propõe-se a configurar um formato “espiralado”, sempre evoluindo e procurando transformar-se para que haja um movimento crescente na qualidade da saúde do país, a SMS do município estudado tem procurado novos processos de trabalho a partir do alinhamento de conceitos e da organização do trabalho. Porém, mais uma

vez, a não adesão voluntária na participação do Programa, atinge uma das diretrizes principais para a motivação dos servidores no PMAQ-AB.

## 9.2. Segunda Fase: Desenvolvimento

### 9.2.1. Autoavaliação

O processo da autoavaliação é previsto como ponto inicial da segunda fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, segundo o MS (Brasil, 2012b; 2013b; 2017b). É neste momento que as equipes buscam olhar para seus processos de trabalho e reconhecem suas ações positivas e problemáticas com o objetivo de constituírem um grupo sujeito de mudanças e de produção de outras práticas a partir da discussão, negociação e replanejamento daquelas até então existentes (Brasil, 2011).

Para os propósitos do Programa, este momento deve estimular o coletivo a mudar seus processos de trabalho e não deve ser associado a aspectos negativos como a punição e o estímulo à competição, por exemplo, sendo assim percebido por gestores de nível central da SMS:

*Deve ser algo natural, que seja interiorizado na cultura do trabalho das equipes esse processo de se olhar e perceber o que precisa melhorar e como continuar o que é bom no processo de trabalho (GNC 1)*

*O PMAQ-AB é um exercício diário, de você ir melhorando os processos internos de trabalho. E aí a gente vai avaliando, se eu não estou fazendo aquilo que está dado, o que está prescrito, eu tenho que melhorar, tenho que me organizar (GNC 4).*

Para tal, é ofertado pelo MS o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), o qual é avaliado mediante estabelecimento de escores numéricos a partir dos padrões de qualidade esperados pelo Programa, tais como estrutura, processos e resultados das ações em saúde (Brasil, 2017b).

Porém, o MS reconhece que no país há distintas realidades de trabalho e não obriga que todas as equipes utilizem o mesmo instrumento para a autoavaliação. Cada município pode escolher um outro instrumento, desde que esteja em conformidade com os padrões de qualidade do SUS.

A tabela abaixo demonstra quantas equipes responderam ao AMAQ-AB no primeiro e no segundo ciclos no município estudado, sendo digno de nota salientar que não obtivemos informação quanto ao terceiro ciclo, devido ao fato da coleta de dados ter finalizado

anteriormente ao encerramento de preenchimento do AMAQ-AB pelas equipes da SMS estudada.

**Tabela 1:** Quantidade de equipes de ESF do município estudado que responderam e enviaram ao MS o instrumento AMAQ-AB no 1º. e 2º. ciclos do PMAQ-AB

Equipes que realizaram autoavaliação	Equipes de AB			
	Ciclo 1º		Ciclo 2º	
	Nº	%	Nº	%
Sim	43	97,73	71	87,65
Não	1	2,27	10	12,35
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: a própria autora

A avaliação externa, procura observar as ações de planejamento das equipes. Este item é avaliado na subdimensão “Planejamento das Ações da Equipe de AB” em que foi avaliado o planejamento das ações e as reuniões realizadas, além de realização do monitoramento de indicadores, valorizando que hajam reuniões de planejamento com levantamento de problemas, escolha de prioridades, criação de um plano de ação, busca de resultados e metas para tal. (Brasil, 2013d). No segundo ciclo a avaliação externa também questiona a periodicidade das reuniões e a comprovação da realização das mesmas e se há monitoramento e análise dos indicadores (Brasil, 2015)

O município de Guarulhos obteve nota mediana para a maioria das equipes tanto no primeiro quanto no segundo ciclo do PMAQ-AB demonstrando a necessidade de mais momentos de planejamento e de registro destas atividades.

O preenchimento da autoavaliação por si só garante 10% da nota total da equipe na certificação, independentemente das notas que deram a si mesmos pelo seu próprio trabalho. Talvez um dos motivos do instrumento não ter sido respondido, por algumas equipes, prenda-se ao fato da sua não obrigatoriedade e pouco valor em relação à nota total da certificação. Mesmo assim, a maioria das equipes contratualizadas em Guarulhos respondeu ao instrumento.

A SMS de Guarulhos optou por utilizar o AMAQ-AB e orientou sua utilização também pelos gestores de nível central, momento em que a equipe de nível central criou uma matriz de intervenção na qual se propunha pactuar ações conforme o que foi identificado e o que se acreditava e desejava ser necessário transformar no trabalho (Pinto; Sousa e Florêncio, 2012).

Assim, a equipe pôde, conforme visão do gestor:

*Olhar e fazer o seu diagnostico sem uma interferência da gestão, seja regional ou central, então das dificuldades que eles estão enfrentando em executar algumas atividades e fazer esse diagnóstico e aí gerar uma matriz de intervenção (GNC2)*

É indicado que toda a equipe participe da autoavaliação já que todos são corresponsáveis pela sua qualificação. Ocorre que a matriz de intervenção em algumas UBS do município foi feita pelo gerente ou por apenas um dos membros da equipe, geralmente o enfermeiro, **sem** a discussão necessária conforme as diretrizes do Programa sugerem e solicitam, o que trouxe insatisfações:

*Assim, todo o ciclo é isso. Enfermeiro tem que fazer a matriz. Eu acho que isso não é o certo. Acho que a equipe tem que se reunir, tem que definir quais são as ações, qual é o objetivo, tudo dentro da matriz eu acho que tem que ser definido em equipe. Porque de repente eu coloco uma coisa ali que a equipe acha que não vai dar para fazer, mas está lá, eu já submeti, já enviei para o ministério, então acho que isso é mal organizado. Eu já escutei que em SP esse, o PMAQ-AB, cada equipe para uma semana e é o restante dá o suporte na UBS. Então a equipe para uma semana para fazer matriz, para discutir, para ser uma coisa bem-feita. E aqui não, aqui eu tenho, tinha que atender, tinha que voltar a fazer matriz, atender de novo, voltar a fazer matriz... então assim, foi super mal organizada (E 10B)*

*A gente não conseguiu se reunir para fazer, sabe? Entre eles, a falta de tempo, o monte de meta para bater. E aí a gente fez individualmente (E 9B).*

*O nosso a gente ainda não fez, assim, o gerente que preencheu pela equipe, porque eu estava de férias, e estamos sem enfermeira há mais de um ano (M 12B).*

Tal informação foi confirmada pelas gestões locais, como se observa a seguir:

*Acaba sempre ficando nas costas do enfermeiro (GNL 3B).*

*Eu tive que responder três AMAQ-AB porque as equipes não estavam aqui completas e eu precisava dar esse apoio para as equipes (GNL 4B).*

O fato de ter apenas um dos membros da equipe respondendo pela aplicação do instrumento deixa o restante da equipe sem informações, o que pode trazer dúvidas quanto ao processo. A fala abaixo demonstra o desconhecimento da equipe sobre a forma como o instrumento foi respondido o que, acreditam, pode ter afetado a nota obtida pela equipe, como se segue:

*Porque acho que ele que fez sozinha, a gente não participou né, porque ele falou "não, quer que eu e o doutor mesmo a gente responde às perguntas? Não precisa de vocês*

*ficarem participando" "não, tudo bem, responde" então a gente brinca e fala que foi ele que deve ter dado as notas baixas, porque ele estava com muita raiva (risos) porque assim, não tem explicação, a gente fazia os mesmos trabalhos, a mesma coisa, a equipe estava praticamente completa né, na outra a gente teve acima da média e nesse a gente ficou abaixo da média? (ACS 3.1A).*

*Como a gente está sem enfermeiro, veio uma enfermeira de outra área e foi ditando as questões e eu dava nota (M 1A).*

Isso também demonstra o quanto as equipes desconhecem o processo de avaliação do PMAQ-AB e como cada quesito é utilizado para a certificação final e consequente pagamento e repasse da verba para o município.

Nos relatos abaixo, expressa-se como cada equipe tem seu contexto laboral, mesmo pertencendo a uma mesma UBS, pois cada processo de trabalho é diferente a depender das pessoas que compõem as equipes, como se lê a seguir:

*A gente sentou, discutiu algumas coisas e depois eu respondi e mostrei para as meninas para ver se elas concordavam, elas não mudaram nada (E 6A).*

*Eu pedi para que fosse feito em equipe. Então a equipe 9 conseguiu fazer essa autoavaliação em equipe, de que para que sempre fosse feita numa reunião de equipe. Agora a 8 passou pela saída do médico. Então não deu tempo da, de reunir a equipe não. Ficou mais centralizado na pessoa do enfermeiro GNL 3B).*

E isso é algo que as gestões locais precisam esclarecer para que não ocorra uma equiparação entre as equipes que atuam numa mesma UBS, contratualizadas (ou não) e que atendem populações de áreas num mesmo bairro, com contextos próprios e, portanto, com processos de trabalho diferentes, o que é desconsiderado por um gestor local, na fala a seguir:

*No PMAQ-AB o trabalho é o mesmo para todos. A mesma coisa para todas as equipes. Então, não é por que uma equipe é contratualizada que ela faz um trabalho diferenciado (GNL1A).*

Estas diferenças também aparecem na composição das equipes já que, devido a já conhecida escassez de recursos, rotatividade e afastamento de servidores, raramente estão completas.

Outras equipes conseguiram realizar a autoavaliação de forma conjunta e contando com a participação de toda a equipe, como apontam as falas abaixo:

*A gente acabou sentando junto e foi fazendo, como era mais ou menos parecido com o que a gente já tinha feito, então agora já foi mais rápido (M 4A).*

*Eu fiz o AMAQ-AB sozinho com a equipe. E aí depois a gente sentou e fez a matriz de intervenção (E 8B).*

*Então, quando nós respondemos aquele questionário, nós tentamos fazer realmente do jeito que é solicitado, fazer na equipe. E por conta de a gente estar sem enfermeira novamente, muitas coisas que colocou que poderia, não demos uma nota tão bom por conta disso e justificamos. Eu acho interessante, para a gente não se esquecer, porque*



*são tantas coisas que a gente faz, para a gente não esquecer daquelas metas, daquilo que a gente tem que estar acompanhando, sabe? E é uma forma de a gente sim, parar para pensar se a gente está fazendo (M 14B).*

*Acho que depois a gente foi começando a perceber e conhecer mais o programa, então hoje todo mundo faz, inclusive a gente está discutindo sobre o que está de acordo, o que a gente não conseguiu fazer para a gente modificar e está todo mundo fazendo junto as planilhas né (E 13B).*

*Então aí a gente sentou equipe para discutir esses indicadores. Aí já não era mais simplesmente chegou e passou e foi embora, então a gente tentou, a gente discutiu, a gente foi ver qual era aquele ponto. Então a gente já fazia mais parte do programa, consegui entender o programa melhor e já não ia trabalhar com aquela ânsia pelo dinheiro, a gente ia trabalhar sim para melhorar a nossa equipe em cima do PMAQ-AB (AE 11.2B).*

A gestão central demonstra que a autonomia das equipes pode ter afetado o processo de realização do AMAQ-AB, o que se depreende da seguinte fala:

*Talvez para o primeiro ciclo foi muito mais rígido, que a gente colocou o que estava lá dado, e no segundo ciclo já um entendimento melhor. É eu acho que as próprias equipes como já tiveram acesso também as informações, aí ela vai com pouco tendo cada vez mais autonomia né, porque veja bem, não é nem que a gente deu autonomia para as pessoas fazerem a autoavaliação, mas a própria cultura de como aconteceu as coisas acabou que as pessoas não aproveitaram esse momento (GNC 3).*

Porém, talvez houvesse necessidade de um maior AI no sentido de colaborar para a busca de uma melhor compreensão do Programa, pois, afinal, os servidores sinalizam que o instrumento AMAQ-AB é confuso, como mostram as falas a seguir, de servidores de distintas formações:

*O AMAQ-AB ele é muito cansativo e ele é muito técnico, ele é confuso, entendeu? Tem muita pergunta repetida, tem muita coisa assim que a gente não entende nem o que que é (AE 10.1B)*

*Foi bom, a gente conversou e construímos, porque como a gente estava se conhecendo melhor a gente na matriz vai identificando o que realmente precisa ser melhorado, eu acho que o instrumento não é tão claro em algumas perguntas, algumas são repetitivas (ACS 11.3B).*

*Um pouco desordenado porque, eles se reúnem, vão lá, preenchem, teve equipe que o enfermeiro tomou a responsabilidade, e os gerentes sempre com o enfermeiro na correria, porque é muita coisa junta. Foi bem puxado, pessoas que saíram de férias e deixaram o AMAQ-AB esquecido, de canto (GNL 3B).*

Assim, por vezes, a nota dada não reflete o que os servidores pensam e como avaliam seu próprio trabalho, como se lê abaixo:

*Eu acho que se eu fiz eu mereço nota máxima, porque eu dou duro no que faço. Só dou menos que dez se não tiver feito a ação (M 2.1A).*

*Sabe, por mais que a gente faça aquilo, por mais que a gente faça aquele trabalho que está ali numa AMAQ-AB que a gente está respondendo, só que a forma que é colocado lá a gente não entende. A gente acaba dando uma nota um pouco mais baixa*

*porque assim "não, o que que é isso, né, eu acho que eu não estou fazendo, mas você está fazendo (AE 10.2B).*

Ademais, algumas equipes não conseguem perceber a potência do instrumento pela falta de tempo de focar esse assunto. A rotina intensa de trabalho faz com que seja difícil relacionar o trabalho prescrito com o real da matriz de intervenção, como se lê:

*Pelo o que eu entendi lá na oficina que a gente estava semana passada né, a gente teria que se basear no AMAQ-AB, na matriz de intervenção para o nosso trabalho do cotidiano, correto? Isso não acontece, a gente tem hora que as vezes nem lembra que existe esse AMAQ-AB (ACS 10.5B)*

*É, como aqui é muito dinâmico, aqui é rápido, não dá para "vamos sentar" não dá (E 4A).*

*Valeu por uma organização de material, agora "vamos sentar, ó, nossa estatística está tanto" isso aí é um pouco mais difícil (M 4A).*

Observe-se que a falta de tempo impediu que houvesse um planejamento por parte das equipes, demonstrando novamente o quanto a atuação na AB busca resultados imediatos, como se lê abaixo:

*A gente faz isso no dia a dia, mas assim, sentar e avaliar tipo "ah, como é que foi o fechamento do ano" a gente não faz (M 5A).*

*Então não, a gente não usou esse momento nem para refletir nada, porque está difícil, só quando chegar nossa médica, que a gente conseguir respirar um pouquinho mais para discutir esse tipo de coisa (E 6A).*

Esta situação é reconhecida pela gestão central da SMS, porém justificada pela falta de esclarecimento sobre o processo e inadequada capacidade de organização do trabalho, como segue:

*Acho que é uma questão também das pessoas entenderem, né, o processo. Para que que é? Porque assim, ah, então, essa garrafa está aqui. Está sempre aqui, eu deixo sempre aqui. A partir do momento que você também vai entendendo, acho que também é um amadurecimento (GNC 4).*

*É porque eu acho que o que falta as vezes é um pouco isso, de as equipes conseguirem parar, sentar, conversar: "Olha, estamos bem, não está, o que a gente vai fazer daqui para a frente?". Eu acho que falta um pouco de esclarecimento (GNC 5).*

*Quando se faz uma reunião de equipe, precisa-se sentar e entender o seu território, discutir a forma de realizar o monitoramento das atividades e eles não estão acostumados ainda (GNL 3B).*

Mas houve relatos de utilização do instrumento, o AMAQ-AB, como parâmetro para o planejamento do processo de trabalho, posteriormente, como segue:

*Dá um parâmetro do que a gente tem conseguido fazer e aquilo que está faltando para melhorar nosso trabalho. Muito do que a gente avaliou estava com nota cinco porque a gente começou a ação, mas não deu conta de terminar (E 4A).*

*Eu achei que foi muito interessante porque você vai vendo né os pontos em que, poxa, nesse ponto aqui a gente está perfeita. Tinham coisas que estavam no rol de perguntas que a gente viu que não tinha feito nenhuma ação, a gente até estava planejando, mas ainda não tinha feito nada, então, nesse sentido assim, da coisa da gestão do processo de trabalho é uma coisa que ajuda, que dá diretriz para a gente né. Inclusive a grande maioria das coisas que estamos desenvolvendo aqui com o pessoal e que a gente está planejando fazer, daquelas questões ali que motivou a gente a viver na profundidade a saúde da família (M 8B).*

A isso se alia o entendimento da serventia do AMAQ-AB para condicionar o trabalho a posteriori, como aconteceu no decorrer dos ciclos do Programa, o que é expresso abaixo na fala de servidores de diferentes profissões:

*Agora só ficou mais claro e a gente sabe que tem que se traçar algumas coisas para você chegar em algum lugar (AE 7A).*

*Vamos supor você começa um negócio, você ainda não tem aquela base, mas você vai chegar no seu objetivo, de caminhos mais longos, o PMAQ-AB ajuda você a chegar em caminhos mais curtos, porque senta todo mundo, "vamos fazer estratégias, vamos isso, vamos aquilo" todo mundo junto você acaba encontrando caminhos mais curtos e chega naquele mesmo assunto que você ia chegar rolando muito tempo. Essa parte é boa (ACS 7.4A).*

*É uma provocação para nós. Porque a qualidade do serviço somos nós que vamos ofertar. Óbvio, tem coisas que dependem da gestão, que a gente não consegue modificar, agora, tem coisas que estão no nosso poder de se modificar (M 8B).*

*Entendendo que o AMAQ-AB priorizou esse ano, porque o AMAQ-AB dos outros ciclos era muito confuso. Esse ano está mais claro, então beleza, fica mais fácil (GNL 4B).*

É digno de nota que a gestão central consegue perceber as equipes que têm propriedade para utilizar o instrumento como fonte de planejamento e organização dos processos de trabalho, o que se expressa nas falas:

*Pelo menos eu tenho uma análise inicial de que algumas equipes estão mais amadurecidas, entendendo aquele instrumento como uma forma deles fazerem a gestão [do trabalho], gestão interna, de acordo com as necessidades que eles têm, até de uma forma de demonstrar dificuldades reais que eles têm de propor ações que sejam efetivas (GNC 2).*

*Todo processo do PMAQ-AB eu acho muito importante, faz você olhar para dentro da sua equipe ou para dentro da unidade e consegue enxergar baseado naquilo aonde tão as falhas que no dia a dia você não enxerga. Eu vejo o PMAQ-AB com uma organização do processo de trabalho. A maneira como ele é colocado às vezes é que cansa a gente, que estressa, mas ele é o processo de organização de trabalho para que você possa alcançar metas (GNL 3B).*

Saliente-se que as falas acima foram ditas por ocasião das oficinas que aconteceram no início do terceiro ciclo do PMAQ-AB, tanto na região A quanto na região B, como já descrito anteriormente.

Frise-se que a oficina da região B teve um foco maior no AMAQ-AB e seu preenchimento. Assim, foram realizados encontros em que se reuniam duas equipes, de UBS diferentes e se discutia sobre os critérios do AMAQ-AB, de conformidade com a resposta de cada equipe, havendo uma comparação da nota dada por uma equipe e por outra, como expressa fala do gestor que se segue:

*Eu acho que a gente vai sempre aproveitando, assim, todo o movimento que tem a gente acaba querendo aproveitar esses momentos para trabalhar um pouco a questão da qualidade no atendimento, o compromisso, o vínculo, a afetividade (GNC 4).*

Além disso é sinalizado que, exceto o membro que preencheu o AMAQ-AB, não há contato contínuo com a ferramenta e, portanto, não há avaliação permanente, como entendemos que deveria ser.

Apesar disso, como ponto positivo, servidores percebem que o AMAQ-AB auxilia na avaliação do processo do trabalho no plano individual, como apontado nas falas abaixo:

*Eu acredito que lendo as questões, dá para refletir um pouco do que eu não estou fazendo, do que seria necessário eu fazer, mas que eu não estou fazendo por algum motivo, ou por sobrecarga, ou porque eu não tenho a capacitação para fazer tal coisa. Eu acho que a parte positiva é isso, é ver o que você pode melhorar (E 10B).*

*Ela obriga a gente a manter o que a gente sempre faz né, porque a gente já faz essas coisas no intuito "ah, se eles pedirem a gente já tem pronto" entendeu? Não que "ah, faço pensando nisso" porque é bom para a gente ter o controle mesmo, mas que o nosso doutor cobra bastante da gente, ele cobra (risos) (ACS 5.2A).*

*Ah, eu acho assim que nos, ajuda a organizar bastante. Porque assim, muitas coisas eram feitas e ninguém tinha nem noção do que era feito né, então ele veio para nos auxiliar nessa organização. Então o AMAQ-AB ele veio para dar essa direção (GNL 3B).*

Com o decorrer dos ciclos, os relatórios descritivos e analíticos gerados pela certificação no Programa foram enviados para as regiões de saúde para que fossem replicados e utilizados como motor para o AMAQ-AB, o que é atestado pela seguinte fala do gestor de nível central:

*A gente disponibilizou para as regiões de saúde justamente com esse intuito, que elas comesçassem a fazer essa discussão que servisse de instrumento norteador para algumas discussões para dentro do território (GNC 3).*

O município de Guarulhos solicitou que quando uma equipe fosse avaliada com nota baixa em alguma ação, se aplicasse a matriz de intervenção para tais ações. De acordo com o PMAQ-AB (Brasil, 2012; 2013; 2017), nem sempre é possível intervir sobre todas as dificuldades percebidas, portanto devem-se elencar prioridades na construção de estratégias para superar tais problemas encontrados.

Porém, deve-se considerar o risco de a matriz de intervenção tornar-se algo fora do contexto do trabalho na AB como é dito a seguir por um dos gestores de nível central:

*Você já viu matriz de intervenção? É um inferno. Tem que colocar qual é o problema, como é que você vai resolver isso, quem é responsável, em quanto tempo vai fazer e tudo isso você tem que desmembrar uma questão em seis. Então é muito desgastante, eles odeiam, e eu também, que a gente também tem que responder, eu detesto matriz de intervenção. O chato é isso, matriz de intervenção, AMAQ-AB, eu acho desnecessário a maneira como é colocado, isso tinha que ser simplificado, leve, bem leve, não precisava ser dessa forma (GNL 3B).*

Percebe-se que a impotência para a mudança expressa-se no não planejamento de atividades, como seria desejável, como é dito a seguir:

*É porque assim, se você der 7 abaixo, você tem que propor uma melhoria e justificar, e assim, você propor uma melhoria para algo imutável é muito desanimador né, você sabe que o seu trabalho é em vão, é um trabalho extenso, você tem que justificar de acordo com os protocolos né até de maneira erudita (M 1A).*

*Dentro das equipes um ou outro entende como melhora do processo. Posso te dar um exemplo de uma das equipes. Você vai passar com eles, e há entendimento melhor do que as outras. As outras tão muito assim, na minha percepção elas ficam muito focadas no dinheiro, não que elas não queiram fazer, mas a estratégia PMAQ-AB, ela vai muito além da organização, ela vai mais de uma vontade das pessoas de mudança. As pessoas ainda tão muito centradas naquela coisa assim resolutiva, mas quando você traz uma proposta para que a coisa fique organizada a aceitação da mudança é muito difícil. Porque é muito cômodo você resolver aquilo na hora e despachar a pessoa. E não, não é essa a proposta, a proposta é você acolher, organizar, acolher né, e dar qualidade. E para elas a qualidade é "eu vou renovar a receita" (GNL 4B).*

Analisando o instrumento AMAQ-AB (Brasil, 2012b; 2013b; 2017b), percebe-se que muitas das perguntas padrão ali colocadas não estão na alçada das equipes avaliadas quanto ao seu poder de resolvê-las. Exemplo disso são as questões a serem respondidas pelas equipes: “Há formação complementar para os profissionais da equipe de nível superior e médio que os qualifiquem para o trabalho na atenção básica?” (Brasil, 2012b; 2013b; 2017b). Esta questão será objeto de discussão no item 9.2.3.

Por seu turno, a realização de reuniões periódicas quando há uma sobrecarga de trabalho como no trabalho em saúde impede sua realização. A isso se atrela outra questão relacionada ao atendimento mínimo de 40h semanais pelas equipes da AB, ou seja, se a jornada de trabalho dos servidores da equipe é de 40h semanais, automaticamente não é possível realizar reuniões com a equipe completa, afetando negativamente o processo de planejamento.

Dessa forma a impotência em superar as dificuldades traz coerência com a fala dos servidores, conforme observado nos GF.

Frise-se que, por vezes, o ambiente político influencia cabalmente o trabalho do servidor público, afetando o planejamento como demonstrado nos excertos das falas transcritas dos componentes de um mesmo GF por nós conduzido:

*É, então assim, você sabe que uma unidade que é mal avaliada, todos vão ser mal avaliados, mas a gente percebe que essas notas, por exemplo, com relação ao espaço, todo mundo sabe que o espaço é pequeno, não, mas a gente tem que avaliar que é bom, porque se você avaliar que é ruim a gente não vai conseguir outras coisas, então quer dizer, infelizmente tudo é política (ACS 1.5 A).*

*A pessoa te da 10 em tudo, eu não mereço 10 em tudo, eu posso citar inúmeros parâmetros e fico revoltado com determinadas coisas aqui, mas você tem que dar 10 em tudo, é uma troca de favores isso daí (M 1A).*

*E para amarrar a gente porque se em dado momento você for falar, por exemplo, "ah, mas estava falando material" "não, mas aqui você disse que estava tudo bem" né? Como é que eu vou brigar lá? Vai falar "número de médicos é suficiente?" Eu vou, para ganhar o 10 eu vou falar "é.". E se eu for pessoalmente conversar, ele vai pegar aquela folha e falar, "mas nesse dia aqui, você lembra quando vocês fizeram a avaliação? Vocês falaram que estava tudo ok". É uma roleta russa isso sim (ACS 1.5 A).*

Diversos autores salientam a importância dos espaços de discussão para o planejamento da organização do trabalho e, por isso, entendemos que o instrumento AMAQ-AB seria uma oportunidade importante para que esses espaços ocorressem, fazendo com que o cotidiano de trabalho fosse menos emergencial, o que está implícito nos manuais do PMAQ-AB os quais, apesar de sugerirem que o AMAQ-AB seja respondido ao menos uma vez no ano, acabam descurando, no nosso entender, da importância de que isso ocorresse de forma recorrente conforme apontam Bertuzzo e Rizzotto (2018); Pinto, Souza e Florêncio (2012); Pinto, Souza e Ferla (2012).

Contudo, observou-se que algumas equipes conseguem utilizar-se da avaliação como mote para o planejamento do trabalho posterior, mas não relacionam isso com a proposta do PMAQ-AB, como se lê a seguir na fala de um enfermeiro:

*Então, quando vê um ponto que não está muito certo na equipe, a gente se conversa e a gente consegue acertar e tentar modificar, e isso eu acho, a nossa equipe tem um diferencial. Tanto nas reuniões de equipe como naquela roda de conversa de fim de ano que a gente faz. É uma roda no final do ano, que é esse momento que a gente fica feliz com as metas que a gente cumpriu, depois que gente sofreu o ano inteiro a gente fica feliz, planeja para o outro ano e a gente desabafa mesmo (E 13B).*

A gestão central, porém, percebe a necessidade de autonomia das equipes para que haja uma explicitação real das atividades que acontecem nos ambientes de trabalho, como se lê abaixo:

*Era importante que fosse realmente de uma fotografia real do que vem acontecendo lá no território, sem ficar com receios de que "como gestor vai ver", de "como isso vai transparecer, qual a imagem da equipes" né, até mesmo porque o próprio*

*programa ele vai pegar esses três instrumentos e se você analisá-los de forma conjunta, se não existir essa verdade né, cada um desses dispositivos, a gente vê algumas coisas que não se conversam né, então num primeiro momento a gente percebeu que as unidades não responderam efetivamente de forma auto avaliativa, tendenciado pra uma nota algumas vezes muito positiva, outras vezes muito negativa, enfim, e aí o nosso trabalho foi conversar com eles pra é, trazer essa fotografia, e acima de tudo, aproveitar o processo todo pra eles terem contato com as diretrizes do ministério trazia bem como é... conseguir ter sua autonomia dentro da gestão local de entender aquilo que se preconizava, olhar pra dentro do que se conseguia fazer com as ferramentas, mas como da melhor forma eu consigo trabalhar essas questões olhando sobre essa perspectiva (GNC 3)*

E a avaliação dos gestores de nível central é a de que independentemente dos contextos, as equipes se mostram alinhadas, mais ainda, quando o município está alinhado em relação a outros da região.

*Ele traz um instrumento também para a gente poder trabalhar em todas as equipes, para poder alinhar. Toda vez que a gente, sai para congresso nacional, a gente percebe que Guarulhos tem sempre, não está sempre alinhado (GNC 1).*

Pode-se perceber que a autoavaliação como momento inicial da fase do desenvolvimento do PMAQ-AB tem grande importância no planejamento e na mudança dos processos de trabalho, sendo também fundamental sua utilização nos outros momentos desta fase. Ocorre, porém, que foram apontados diversos problemas no que se relaciona à dificuldade de preenchimento do AMAQ-AB; bem como seu preenchimento por apenas um membro da equipe ou alguém externo a ela; à falta de tempo para o planejamento e à impotência para a mudança da realidade e dos processos de trabalho.

### **9.2.2. Monitoramento de Indicadores**

O MI busca revelar as ações da AB e proporcionar sua democratização e transparência, além de orientar o processo de negociação de metas e compromissos das equipes e subsidiar a definição de prioridades e planejamento de ações objetivando a melhoria de qualidade da AB através de um processo formativo (Brasil, 2017).

A partir de áreas estratégicas, direcionadas para grupos prioritários de doenças como diabetes e hipertensão e de produção dos serviços em saúde é que este monitoramento é realizado (Giovannella, 2018). Caracterizam o comportamento de uma ação. Se observadas/o numa variação temporal, demonstra mudanças no tempo. Tem caráter interno e gerencial e sinalizam avanços e falhas (Grimm e Tanaka, 2016).

Para a análise de indicadores pelo MS, foram extraídas informações da base de dados SIAB, no primeiro ciclo (Brasil, 2012). Com a implantação do E-SUS e a transição entre os

bancos durante o segundo ciclo do PMAQ-AB, as informações poderiam ser extraídas de qualquer um dos bancos, dependendo de qual deles o município utilizou (Brasil, 2013).

Em cada um dos ciclos foram utilizados para fim de certificação as competências referentes a três meses em cada período, porém o monitoramento contínuo e efetivo dos indicadores deve ser realizado pelas equipes de saúde e pelas gestões municipais ao longo do tempo (Brasil, 2017).

O primeiro passo para um diagnóstico situacional pela equipe, visando orientar seu processo de trabalho é o do cadastramento de todos os usuários (Brasil, 2011)

No início do primeiro ciclo, em nosso estudo, conforme visto nos GF, a busca por metas causou pressão e competitividade entre os trabalhadores.

*Fazer um trabalho todo para estar cumprindo as metas, se a gente tivesse passado eles achavam ruim também, quando a gente passava das metas no caso, vamos supor, na sua microárea você tem que ter 10 gestantes, você tem 12, você vai ter que fazer um grupo lá de prevenção, alguma coisa para poder diminuir. Você tem que ter 70 hipertensos, você tem 50. Você fala "ah, que bom né" em vez de eles falarem "nossa, que bom né, que você só tem aquilo!" Não, você tem que fazer, você tem que fazer uma busca ativa, você tem que fazer alguma coisa, a gente até brincava né, "vamos começar a colocar sal nas caixas d'água para o pessoal tomar para virar hipertenso" então virou uma coisa assim, absurda, de a gente ficar correndo atrás de meta, meta, meta e aquilo era estressante (ACS 7.3A).*

*Teve colegas que pilharam mesmo, aí começou a ter problema psicológico, "vamos bater a meta, se você não bater a meta vai queimar a equipe" (ACS 11.3B).*

*Porque as equipes naquele ano foi como se fosse uma casa de formiga, todo mundo correndo atrás daquelas metas para poder fazer o programa do jeito que eles tinham passado. Equipes trabalharam de sábado, fora do horário, horário diferenciado para atender essa meta que eles tinham colocado para nós que já começou alta demais para se conseguir chegar nele (AE 11.2B).*

As metas de indicadores ideais seriam calculadas de acordo com a população de cada área de abrangência, e a estratificação do município gerando um padrão de metas nacionais. Durante a pactuação, cada equipe faria uma análise da sua atividade avaliando o padrão nacional relacionado à sua produção e indicando metas para serem alcançadas no ciclo do PMAQ-AB de acordo com sua realidade de trabalho. Estas metas devem

*Ofertar um conjunto de ações compatível com as necessidades da população com qualidade satisfatória, traduzindo esse esforço nos resultados dos indicadores e nos padrões de qualidade a serem avaliados, inclusive em termos de satisfação dos usuários (BRASIL, 2012, p. 43).*

Tais indicadores são monitorados pelo MS e posteriormente comprovados no momento da Avaliação Externa através da consulta dos documentos apresentados pela equipe.

Os relatos abaixo demonstram que as necessidades da população não são respeitadas pelas gestões centrais visto que, apesar do conhecimento da população pela equipe, foi



solicitado que as metas fossem maiores, desconsiderando o diagnóstico das equipes, como segue:

*Quando me apresentaram esse PMAQ-AB, eles fizeram um levantamento de dados de atendimento e eu sempre tive essa cobrança de maneira bem sutil da nossa gerencia mesmo, falou "olha, tem que ter 400 atendimentos mensais ou mais", quando fizeram as contas viram que eu tinha um número de atendimentos muito superior, principalmente por conta das nossas pequenas emergências que a gente vê diariamente, e aí os olhos deles brilharam, porque eles queriam que nós propuséssemos uma meta dessa pro próximo ano, só que é uma meta um pouco desumana (M 1A).*

*Eles querem pactuar metas altíssimas para forçar a gente a ter maior agendamento e bater a meta de produção de 32 pacientes dia no mínimo. Meu, o PSF é muito mais que isso (M 5A).*

*Eles sempre informam para a gente todas as metas em cima da hora e eles querem para ontem, eles querem números, muitas vezes não são os números reais que vão para o PMAQ-AB, o que tem lá no computador é completamente diferente do que está na nossa área, na nossa realidade, mas é isso que eles querem, se a gente não mandar do jeito que eles querem a gente tem que mudar (ACS 2.6A).*

*No dia que a gente foi pactuar, a mulher que estava fazendo a pactuação e perguntava: "quanto você tem de gestantes? Quanto vocês têm de diabéticos, de hipertensos?" Ai, pelo que ela deu a entender, a gente tinha que dobrar aquele número. Ai eu falei, "mas, como que eu vou criar um monte de hipertenso que eu não tenho, como que eu vou criar um monte de diabético que eu não tenho, como que eu vou pegar um monte de gestante? Para poder engravidar mais, para poder dar mais números para vocês?". No primeiro instante foi isso. E ela questionando que ela queria números, números e mais números. Ai eu falei "gente não tem condição. O certo seria você reduzir a quantidade de doentes (ACS 10.3B).*

*Ele fala que o PSF foi implantado para gente reduzir a doença e eles queriam que a gente aumentasse a doença (ACS 10.1B).*

*A gente chegou lá, era assim, eles tinham um papel "tem tantas gestantes na sua área, vamos pactuar que a doutora vai atender a 98% dessas gestantes" aí a gente "não." Aí a gente começou a barganha, começou a brigar, porque era uma coisa assim, ilusória, que eles colocavam para a gente. Como quando quiseram pactuar a meta de 0% de natimorto. Não existe isso, eu não sou Deus para mandar a criança nascer viva. É uma coisa assim, eles querem tudo 100% (ACS 14.4).*

Como cada equipe apresenta uma realidade diferenciada, por vezes dentro de uma mesma UBS, essa busca pelo registro de indicadores pode levar ao superdimensionamento da notificação de agravos, como no caso de regiões com maior poder aquisitivo e que possui população que não utiliza, em sua totalidade o SUS, de grupos prioritários de controle como é o caso de hipertensos por exemplo, como segue:

*Veio o número da mortalidade infantil, mas a criança não passava aqui, que era uma tuberculose que foi diagnosticada no paciente, apesar de a gente tentar captar, fazer busca ativa, ele acaba vindo a falecer no hospital, mas dá como morador da área e aumenta o índice da gente, mas não é que são dos pacientes da UBS, mas são da área, mesmo usando convênio, então ficava computando, mesmo a gente fazendo trabalhos de busca ativa, então se acontece um óbito as vezes não é nem da UBS mas conta como nosso (ACS 2.5A).*

*O PMAQ-AB veio montado para todas as equipes. É contraditório pois eles querem que a gente acabe com os hipertensos. Por exemplo, a gente cuida dos hipertensos e acabem com ele, e aí digamos, modo de falar, a gente tem que fazer uma atividade para que não haja mais, uma prevenção, certo? Quando a gente começa a estabilizar, “mas cadê os hipertensos, não tem hipertenso, vamos cuidar de hipertenso”. Então ele deveria ser montado de acordo com a necessidade de cada área, cada área vai ter a sua particularidade. Porque aí a gente vai trabalhar esses indicadores que realmente a gente tem e que realmente a gente trabalha (ACS 11.3B).*

Outra questão na pactuação de metas relaciona-se aos atendimentos médicos que, ao pactuarem uma meta próxima à sua realidade, foram surpreendidos com a solicitação de aumento de vagas na sua agenda de atendimento, como se lê a seguir:

*Você colocava as porcentagens que você podia alcançar, aí depois tinha aquele debate, você falava assim “ah eu consigo mais 40%”. Ela falava assim “ah não, coloca mais 60, não sei o que”. (ACS 10.1B).*

*Eles falaram “essa é o que você tem e essa é o que você tem que ter!” Entendeu? “se você for atrás você vai ter esse tanto” (ACS 10.4B).*

*Minha porta bate o dia inteiro. E assim, eu não anoto isso como produtividade, porque eu não tenho perna para ficar anotando, “ah, pega um prontuário, vai no cartão” não, mas entre um atendimento e outro a gente faz 3 atendimentos que não são registrados. E aí o pessoal fala “você tem que aumentar a sua agenda, você tem que agendar pelo menos 24” você fala “gente, se eu agendo 16 e é esse caos, imagina eu agendando 24!” A gente limpou, não tinha nenhum paciente na urgência a gente foi almoçar, em uma hora de almoço a gente voltou tinham 8 lá esperando e isso em meio hora (M 5A).*

Opinião compartilhada pelos gestores locais, como se lê abaixo:

*Ninguém tinha ainda nenhum modelo a seguir, foi pedido para pactuar, mas assim, as pessoas tinham que pensar de que forma elas iriam alcançar aqueles indicadores. E o profissional que estava conduzindo essa pactuação pressionava muito: “se vira, vocês vão ter que dar conta”. Não deixou a equipe a vontade para pactuar. E quando ela pactuava né, o profissional tinha o entendimento de aquilo era pouco, que a equipe poderia alcançar mais, mas ela não fazia de uma maneira que motivasse a equipe. Então isso eu acho que causou um certo stress em vez de ser uma coisa positiva, a princípio veio como uma coisa negativa (GNL 3B).*

Negando pressupostos básicos previstos no monitoramento do PMAQ-AB, ou seja:

Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias que dificultem a apropriação de seus resultados e comprometam o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas informação;

Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades (Brasil, 2012, p. 44)

E desvirtuando o sentido do PMAQ-AB quando apenas leva em conta a quantidade, a produção, o que implica particularmente os médicos:

*Acaba que a qualidade aqui na verdade acaba sendo avaliada pela quantidade, e aí você desvirtua completamente uma proposta de avaliação da qualidade. É óbvio, tem que levar em consideração sim a quantidade daquilo que você faz, porque é através dessa quantidade, desses números, que vem o dinheiro do governo federal, faz parte, é uma dimensão a quantidade. Agora, não é a dimensão mais importante, uma vez que a gente está falando de qualidade e não de quantidade. Então, esses indicadores aí, que não leva em consideração a característica do território, a característica da população que eu tenho, é simplesmente ridículo, entende? Você vir com uma meta e tem que chegar nessa meta. Cara, mas vamos respeitar a realidade, a minha realidade é essa! Como é que eu vou aumentar meu número de gestantes? Então, é por isso que se a gente fala em avaliação da qualidade, a gente tem que também ser ponderado com relação aos números né, quando a realidade mostra que os números não batem, não fecham, entende? (M 8B).*

*Eles priorizam número em detrimento de qualidade, então não é um programa de melhoria da qualidade, o município abraçou essa ideia do PMAQ-AB e obrigou a gente a pactuar porque eles querem forçar com o PMAQ-AB nosso aumento de produtividade (M 5A).*

Na subdimensão Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica foi avaliada como são organizadas e realizadas as atividades da equipe em relação à visita domiciliar, grupos de educação em saúde, consultas de demanda agendada e espontânea, protocolos para atendimentos rápidos e de encaminhamento sem consulta médica para usuários com queixa de acuidade visual. No primeiro ciclo também é questionado como são os agendamentos de consulta na unidade valorizando equipes que as marcam em quaisquer dias e horários de atendimento da UBS (Brasil, 2013; 2015).

Nesta subdimensão a maioria das equipes da SMS de Guarulhos obteve nota acima da média ou muito acima da média nos dois ciclos. As equipes que contratualizaram nos dois ciclos obtiveram em sua maioria, melhora nas notas e apenas três destas mantiveram notas medianas possibilitando diversas explicações para o ocorrido, uma poderia ser a melhora nos protocolos de atendimento aos usuários das UBS, outra o superdimensionamento de vagas para usuários ou sobrecarga dos servidores do município.

Na subdimensão Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde é avaliado como são organizados os prontuários nas unidades se por núcleo familiar com modelo-padrão para preenchimento da folha de identificação dos prontuários individuais. No primeiro ciclo também são avaliadas a existência de prontuário eletrônico e integração deste com outros pontos da rede de atenção (Brasil, 2013; 2015)

Nesta subdimensão, Guarulhos obteve notas variadas nas equipes. Das que contratualizaram os dois ciclos, muitas melhoraram assim como muitas tiveram queda em suas notas.

A propósito, com a utilização do E-SUS no município, apesar dos problemas relacionados à falta de infraestrutura quanto à rede de computadores, as fichas de cadastro de

famílias têm um padrão definido, porém as consultas não utilizam o método preconizado pelo E-SUS podendo ser um fator que responde a diferenças nas notas das equipes.

Já no segundo ciclo, a pactuação teve a participação dos articuladores, profissionais de apoio apresentados no item 9.2.3 desta tese. Assim, as pactuações, neste ciclo, foram mais tranquilas e orientadas para a realidade de trabalho de cada equipe, na visão de gestor da equipe central, como se lê:

*Veio uma pessoa de apoio, então já foi mais tranquilo porque você pactuava o que você conseguia dar conta. Ela já estava instruindo que se os profissionais jogassem algo muito grande, seria muito difícil de ser alcançar. Isso tudo nos instruiu para que a pactuação fosse de acordo com aquilo que a gente tivesse perto. Se ultrapassasse, melhor ainda, mas ela não ficou pressionando. Já tivemos um entendimento mais suave, mais tranquilo (GNL 3B).*

Na região A, quando acompanhamos as oficinas para pactuação de indicadores do 3º ciclo, foi apresentado o relatório dos indicadores alcançados no segundo ciclo e perguntado às equipes quais as metas a serem pactuadas para o ciclo atual, considerando os padrões do SUS relacionados aos do ciclo anterior levando em conta uma discussão da equipe sobre o que poderiam alcançar.

Sobre o processo de trabalho no PMAQ-AB, os gestores informam que a rotatividade é o fator que mais prejudica o alcance das metas

*Se houver perda de profissional as metas ficam mais difíceis de alcançar (GNL 3B).*

No terceiro ciclo, ocorreram oficinas de formação para as equipes tanto da região A quanto da região B. A região A, com uma característica percebida de ser muito técnica e que valoriza estatísticas, realizou suas oficinas com foco em pactuar seus indicadores com as equipes e tirar dúvidas sobre o preenchimento do E-SUS.

A gerência central incentiva esta postura e aponta a importância das metas e do trabalho em dados quantitativos

*A questão numérica é muito importante, tudo que a gente faz, as estratégias que a gente utiliza, é para chegar na meta numérica, acho que o formato é que as vezes vai dando um tom diferente, de um formato assim um pouco mais humanizado (GNL 4)*

E este trabalho de alcance de metas e de monitoramento deve ser contínuo, independente do PMAQ-AB

*O que eu converso com eles é que nós devemos trabalhar os indicadores independente do PMAQ-AB, porque independente do PMAQ-AB, você tem que fazer um bom trabalho, não é? (GNC 1A).*

Ocorre que há uma dificuldade em atuar considerando particularmente o elemento quantitativo, especialmente quando a saúde pede uma ação qualitativa, como descrito abaixo:

*A partir do momento que a gente que entrou num serviço para lidar com seres humanos, fica muito difícil para a gente lidar com números, então assim, a gente não quer trabalhar com produtividade, mas com qualidade, e isso é um choque para quem é da saúde, que dentro da prefeitura a gente passa a não trabalhar vendo o lado humano, você começa a ver aquela parte da exata, do número, tem que fazer número (GNL 2A).*

Um dos recursos para a avaliação e monitoramento é o uso dos relatórios descritivos e analíticos da certificação de cada ciclo do PMAQ-AB. Instrumento esse que poderia ser utilizado para monitoramento contínuo de ações. Porém, para as equipes há dificuldade nisso por falta de conhecimento na forma de obtenção destes relatórios, como se lê a seguir:

*Ainda não sabemos como conseguir os relatórios e isso ia ajudar muito no nosso trabalho (AE 5A).*

*Hoje em dia não tem como saber, eu não sei qual o resultado do meu trabalho. Se não tiver tudo anotado aqui, lá no sistema não tem como saber (ACS 13.5B).*

Desta forma o planejamento apoia-se nas informações registradas em planilhas em papel, descartando um dos importantes usos das bases de dados para o monitoramento, como se observa nas falas:

*Eles falam que o nosso monitoramento não é nem por aí, é a nossa população. Quando estão pipocando lá fora alguma coisa que elas trazem é porque tem alguma coisa errada que a gente está fazendo aqui, esse é o nosso termômetro, não é esse monte de sistema que ficam jogando para a gente (M 4A).*

*Planejamento que é pior é você não ter relatório, sem emissão de relatório fica mais difícil de planejar, a gente tem que fragmentar muito, pegar os dados individuais de cada agente comunitário para tentar fazer um relatório a parte, enquanto isso o SIAB fazia esse relatório, agora não faz mais (M 13B).*

Fato agravante é a sobrecarga de trabalho que impede que o monitoramento aconteça com qualidade, conforme dito abaixo:

*A gente se envolve muito no trabalho só que essa sistematização que está sendo o problema o sistema não ajuda a gente então a gente não consegue ter uma forma de sistematizar que não atrapalhe o nosso funcionamento, então a gente para de fazer algumas atividades para poder ficar fazendo só papel e algumas coisas não são feitas então a gente não tem como provar muitas coisas que a gente faz (E 13B).*

Porém é reconhecida a importância do monitoramento para o planejamento de atividades das equipes:

*A gente preenche a ficha, e chega em algum lugar, porque assim, por mais que a gente se pergunte porque certas perguntas são feitas, me interessa saber o meu público alvo que eu tenho que trabalhar com um sistema de informatização para ele sobre prevenção, sobre tratamento, ou vou ter o meu número, para fazer um grupo. Então*

*assim, tem um fundamento cada pergunta, por mais que a gente ache "para que?" (ACS 7.3A).*

*Ter esses indicadores faz com que a gente tenha um norte para o nosso trabalho, e isso é muito importante (ACS 14.3B)*

Podemos inferir que o município trabalhou os dados quantitativos em detrimento dos qualitativos, afetando todo o planejamento das equipes que organizam suas atividades muito mais baseadas nas metas a alcançar do que na mudança dos processos de trabalho para alcançar a qualidade do atendimento.

### **9.2.2.1 E-SUS: banco de dados para o MI**

Um dos objetivos de melhoria da qualidade da AB se refere a informatização dos dados de todos os usuários do SUS em rede, além do registro de todos os indicadores previstos na gestão do trabalho no SUS.

O MS, através da Portaria nº 1.412 (Brasil, 2013c), instituiu, no ano de 2013, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o chamado E-SUS. Anteriormente, o sistema utilizado para alimentação de dados em saúde era o SIAB. De acordo com a Portaria, a transição entre os programas deveria ocorrer com o prazo máximo de dezembro de 2015, sendo obrigatório o envio de informações para a nova base de dados SISAB (Brasil, 2013c).

De acordo com os gestores locais a SMS de Guarulhos optou por aguardar até o fim do prazo para esta transição por motivos de instabilidades do sistema, como dito abaixo:

*Eu lembro que esse sistema vem sendo construído de forma colaborativa. Várias coisas aconteceram e a gente esperou amadurecer melhor o sistema, e todo o mês nosso departamento aqui que cuida do sistema de informação da saúde fazia testes para ver como e que esse sistema está. Então tivemos tempo de melhorar alguns pontos de conexão, e nesse momento todo a gente ia reavaliando o total. Chegou o momento em que o profissional falou assim oh "ele já dá para começar a pensar em implantar", e aí a gente colocou o limite de julho de 2015 para começar a implantar. Tivemos que findar toda a parte da estratégia e a parte da tradicional manteve-se ainda na outra lógica que não era obrigatória (GNC 2).*

Assim, o novo sistema demandou toda uma preparação do município mesmo diante dos problemas que o sistema ainda possuía, como se lê:

*Lembrando que o e-SUS trouxe uma nova logica tanto de captar a informação, o dado, tanto de alimentação. Então eu substituo um sistema onde o técnico de referência da área que está responsável com o sistema de saúde para dentro do município, ele não entende que o sistema não está pronto. Tanto é que houve umas inconsistências de envio de dados, a gente vem participando nas oficinas que o ministério oferta, e teve um município que foi informado que não estava chegando os dados ao ministério e esse município teve que se organizar, até mesmo porque o sistema que não te dá um certificado de envio de dados Então tinha essa questão do*

*processamento das informações e dos conflitos entre logicas de programação e o ministério também ia se organizando, e é um sistema que ainda está em aberto, que ainda está evoluindo, tanto e que agora a gente tá com uma versão desatualizada (GNC 3).*

A estratégia do E-SUS é formada por dois softwares: Coleta de Dados Simplificado (CDS) que possui o registro das ações realizadas pelas equipes de AB de forma individualizada por cidadão; e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que registra os atendimentos clínicos além das fichas do CDS. O CDS é indicado para equipamentos de saúde sem conectividade. Já o PEC, atende equipamentos informatizados (Brasil, 2013c).

Discute-se na dicotomia entre serviços de informação epidemiológica e sistemas de gerenciamento de serviços de saúde. Nele pode-se acessar o cadastro dos usuários de uma determinada unidade básica de saúde e acessar o prontuário eletrônico do cidadão, local onde são guardadas todas as informações acerca dos tratamentos e das consultas realizadas pelos usuários do SUS (Moreno, 2018).

Além disso podem ser inseridos dados de produção dos profissionais da Saúde de uma determinada UBS. A partir do cadastro há a possibilidade de individualização do atendimento possibilitando, num futuro próximo que todas as UBS brasileiras tenham acesso aos dados de todos os usuários do país através de um único sistema.

Dessa forma se uma pessoa mora em Guarulhos e adoeceu no Nordeste, poderia ser atendido numa UBS normalmente que todo seu histórico seria acessível e ao voltar para Guarulhos a unidade de saúde poderia ter o histórico do evento ocorrido.

Dada a dimensão do município de Guarulhos, a SMS instalou os dois softwares, porém utilizou apenas CDS na maioria das UBS. Até a finalização da coleta de dados desta pesquisa, quatro UBS utilizavam o PEC com atendimento informatizado nas consultas médicas e de enfermagem. As UBS nas quais foram realizados os GF utilizavam o CDS para alimentação do banco de dados, como revela trecho abaixo:

*Teoricamente a gente está perto de 100%, teoricamente porque a gente na hora que foi instalar o e-SUS a gente instalou o PEC e a gente usa o CDS. Por outro lado, efetivamente no prontuário eletrônico nós temos apenas 4 unidades. Então a gente está fazendo esse levantamento, a gente não tem hardware para dar conta de todas essas unidades. Fomos contemplados com 19 pontos de banda larga, parece agora que agora o ministério já cortou (GNC 3).*

Apesar de ser o segundo município do estado de São Paulo, Guarulhos tem diversas regiões com pouca conectividade. As UBS utilizadas para a coleta de dados da região B tinham sérios problemas com conectividade, até mesmo com a rede de telefonia móvel. Pensando nesta realidade, o MS ofertou conectividade para os municípios através do Programa Nacional de

Banda Larga (PNLB) o qual foi encerrado no final do ano de 2016 (Brasil, 2016b) e não houve nenhum substituto ao programa. Percebe-se, pois, que para manter um sistema de coleta de dados tão amplo torna-se complexo manter de forma autônoma um sistema de conectividade de qualidade num cenário de constantes cortes da verba pública para a saúde.

Assim, a proposta é que o E-SUS facilite o trabalho das equipes de saúde, porém, tal falta de infraestrutura impinge aos servidores um dos maiores problemas para a melhoria em seus processos de trabalho.

Observamos que a comodidade que se observava no uso do SISAB, através do banco de dados SIAB deu lugar a muitas confusões e problemas, principalmente para os registros das ações dos ACS, como se lê abaixo:

*Eu achava que era um sistema que deveria se conversar, todos os Sis deveriam ser interligados, o e-SUS foi uma tentativa de fazer isso eu acho, mas assim, não foi bem-sucedida, devia ser um sistema online, devia ser um sistema onde você pudesse alimentar da sua casinha bonitinho, de outros computadores (M 5A).*

*Eu gostava muito do SIAB, era muito bom. O SIAB a gente aprendeu a organizar (ACS 10.1B).*

O mesmo se lê, na opinião também dos gestores locais

*Olha, foi um caos. O e-SUS ele é a coisa mais desorganizada que eu já vi, a ponto de a gente querer jogar tudo para cima e voltar para o SIAB. Porque o que eu entendi foi "chegou, guardou-se na gaveta e aí o ministério cobrou e aí a gente falou - equipes se vira, a gente tem 30 dias para implantar". E foi exatamente assim que chegou. Chegou em junho do ano passado e falou "vocês têm três meses para cadastrar todas as equipes". Quando eu entrei a secretaria falou "é para cadastrar, fazer o CDS só, só as fichas para as equipes novas". Então eu tinha uma equipe nova, e aí a gente começou com as equipes novas. De repente em junho, eles falam "todas as equipes tem até dezembro para cadastrar tudo". Mas não é só cadastrar, você tem um monte de informação (GNL 4B).*

Havia a perspectiva de que as bases de dados construídas historicamente no Brasil de forma fragmentada, fosse superada com o E-SUS, o que ainda não foi possível. Isso leva à falta de controle dos vários caminhos percorridos pelo usuário no SUS, impedindo que o monitoramento e a avaliação sejam efetivamente concretizados (Moreno, 2018).

A percepção dos servidores é a de que todo o aprendizado acerca do E-SUS foi realizado através da leitura dos manuais com pouco apoio do MS. A realidade do trabalho e suas dúvidas são sanadas dentro da própria equipe ou com gestores locais e centrais, porém muitas vezes estes também não sabem resolver as questões apontadas.

Um ano após a adoção do E-SUS no município de Guarulhos, os dados não foram completamente informatizados, pois a infraestrutura ainda é precária e boa parte da alimentação do sistema foi feita de forma errônea, causando retrabalho, fato relatado pelos ACS em todos



os GF, já que são eles os responsáveis pelo cadastro das famílias no E-SUS, como se percebe nas falas a seguir:

*A gente começou a trabalhar do nosso jeito, o que a gente entendeu a gente fazia, só que o pessoal lá de cima (da SMS) não sabe explicar o que é o e-SUS. Ninguém sabe nada, então a gente tem dúvida até hoje, porque ninguém sabe o que fazer, cada um faz de um jeito, ninguém faz igual (ACS 10.3B).*

*O problema é como ele foi implantado, porque se você perguntar para qualquer um da prefeitura, pelo menos isso aconteceu comigo, a resposta é que eles estão aprendendo junto com a gente. Então imagina um programa que a gente tem que dar conta dele, é cobrado e você não sabe o que faz, como ele é (ACS 14.1B)*

Já a percepção dos gestores locais é diferente, como explanado na fala a seguir:

*Eu acho que o erro foi da gestão do município, pois não se preparou para isso chegar. Eu acho que o ministério deu todos os prazos. Isso eu acompanho no portal do DAB. Ele deu todos os prazos. Só que ficaram morcegando. Hoje o que eu vejo, a gente está numa versão 1.3 e o e-SUS já está numa versão mais atualizada (GNL 4B).*

Os gestores de nível central apontam a necessidade de ensinar aos servidores tanto o manejo do programa quanto incentivar a sua aceitabilidade, como segue:

*E outra questão é desconstruir o que era antes. Mostrar para o profissional de que esse sistema é mil vezes melhor que o SIAB. A interface dele é mais amigável, ele me dá outros aspectos, relatórios sobre outras questões e também a revisão de alguns termos e conceitos (GNC 3).*

Existem UBS com grandes áreas de abrangência, com cinco ou mais equipes de ESF, como é o caso das unidades 2A e 4B, que possuem pouca infraestrutura para dar conta de um grande número de usuários, como apontam as falas:

*E fora que o computador vive quebrado. Eles acham que você chega aqui e você tem disponibilidade para mexer no computador, você não tem, porque cada equipe são 6 agentes, você acha que na sexta feira os 6 vão mexer no computador, sendo que eu passei o dia no sábado aqui e consegui por 10 famílias dentro do sistema? O dia eu passei, sozinha no computador, agora 6, de terça e quinta que a gente tem tempo para mexer, você acha que a gente vai conseguir por muita gente aí? (ACS 10.4B)*

*Isso, ainda tem essa, de quando a internet funciona, porque chega lá e eles falam, "não, o computador da, tem 3 computadores e são 6 equipes, cada equipe tem seu dia", só que eles não contam que cada equipe são 6 pessoas, e cada uma dessas pessoas é mais de 100 famílias que tem que jogar no sistema (ACS 10.4B).*

*Mais essa, tem que ceder o dia para os auxiliares para digitar também né, a gente não pode toda hora estar no computador, nós temos rua para fazer, a gente tem que cobrir a rua. E o nosso trabalho é na rua, não é aqui no computador sentado. Além de cobrir a rua a gente tem que estar aqui sentada para cadastrar, entendeu? (ACS 10.5B)*

A infraestrutura é precária também quanto aos computadores que constantemente estão danificados e a internet que falha, principalmente em regiões periféricas onde o acesso à internet

é escasso. Neste sentido percebe-se que o município não investiu recursos para melhorar a rede de computadores e internet de forma a melhorar para todas as unidades a qualidade do trabalho.

Na subdimensão informatização, conectividade e telessaúde, são avaliados a presença de computadores, impressoras, câmeras, etc. em bom estado nas UBS (Brasil, 2013; 2015). Neste quesito a maioria das UBS com participação nos GF mantiveram ou melhoraram sua nota, mas esta não chegou em seu grau máximo, o que corrobora as informações de dificuldade de acesso a estes equipamentos dadas pelos servidores.

Idealmente cada servidor deve preencher os dados relativos ao produto do seu trabalho. Mas, observou-se que nas UBS que não possuem o PEC, os profissionais realizam o atendimento e posteriormente o alimentam, gerando retrabalho, como se aponta abaixo:

*Chegou um memorando do Secretário da obrigatoriedade cada profissional que atende fazer essa digitação (GNL 1A).*

*Você pega a ficha do E-SUS, aí você tem que fazê-la, você preenche. Depois você vai sentar no computador e você vai digitar tudo que você fez naquela ficha você vai fazer de novo no computador. Então eu acho que esse papel, porque você saiu com a sua ficha, você fez a sua evolução, você sentou diante do computador você vai digitar, a planilha já está no computador, já está no sistema, você vai digitar aquilo que você fez durante o dia, não tem necessidade de você preencher aquele papel (AE 2A).*

Nesta realidade a maioria dos médicos não alimenta o banco de dados, devido a uma alegada sobrecarga, ficando a cargo de outros funcionários, como é relatado tanto pelos gestores quanto pelos servidores:

*Eu acho que tem uma questão histórica, já que o médico ainda é muito endeusado na categoria. Mas pela diretriz, é responsabilidade de todos os profissionais alimentar a própria produção (GNC 4)*

*Todo mundo preenche a sua própria produção, menos o médico. Quem preenche a do médico pode ser atendente-SUS, os auxiliares de enfermagem, até o menino da farmácia o gerente pede para pegar e preencher o do médico, todo mundo, ela pede para todo preencher o do médico (E 6A).*

Uma das respostas de acordo com um gestor central, para este fato está na dita sobrecarga de trabalho dos médicos e na falta de tempo para deixar o consultório e digitar sua produção anotada em papel, como segue:

*A gente precisa avançar para o PEC. Hoje eu tenho UBS com o PEC que o médico digita a sua produção. Então, quando eu passar para o PEC, já que hoje o médico ele tem que atender a tantas consultas! Como que ele vai sair para digitar no computador? Então, com o PEC, sim. A minha grande torcida é que ponha PEC em todas as UBS, porque aí cada um é obrigado e o médico também (GNC 5).*

Tal fato deve ser relativizado, diante da dificuldade expressa nas recusas dos médicos em realizar ações em saúde da família de acordo com as diretrizes, sendo um problema que tem

sido superado, não importando, portanto, se este alimenta ou não o banco de dados. Estar na UBS em seu horário de trabalho já é o bastante, como refere gestor do nível central:

*Hoje, com ponto digital, eles estão cumprindo horário. Hoje eles batem cartão, todo mundo com ponto digital, então eles tão lá. Só que eles preferem fazer grupo, fazer outra coisa, fazer atendimento, e digitação mesmo precisaria dar uma estrutura para que eles possam fazer isso no consultório deles (GNC 5).*

Porém, ao atribuir a função de alimentação do banco de dados para outras pessoas, tais dados podem conter erros afetando até mesmo o monitoramento de dados.

*Quando eu cheguei aqui, tinha uma pessoa que digitava quando era o modelo antigo que não era o e-SUS. Eu nunca dei a minha para ela, eu acho que você tem que ser responsável pelo seu e só eu posso garantir o que eu digitei. E quando você ia puxar relatórios, os outros enfermeiros que davam para outra pessoa digitar, eles não tinham produção. Então eu não confio, eu sempre digitei a minha (E 6A).*

Já com os ACS a postura da SMS é diferente. Neste caso, a discussão está em torno das atribuições do cargo. Há uma discussão de que o ACS não tem função de alimentar o E-SUS. Tal função deveria ser de um profissional digitador, como defendem os ACS:

*Mas o pior disso tudo é sem a gente ter as ferramentas do próprio trabalho. Quando eu prestei o concurso eles falaram "precisa ter o nível fundamental" tudo bem e dizia lá o que eram as atribuições. De repente quando chega aqui eles falam "não, a partir de agora já mudou, agora é atribuição" e vai jogando as coisas, sabe? Então, eles querem que a gente digite, sendo que quando a gente prestou o concurso não se exigia. A gente não está saindo fora "não sei digitar" não é isso, o problema é que além de ser mais uma função e também nem avisaram para a gente que iria ser atribuição, e outra, que a gente não tem essa ferramenta de trabalho para executar essa função, isso que é o problema (ACS 1.5A).*

*Eu creio que para o ministério deve ter esse digitador que aquela menina tanto falou. Eu acho que para o ministério esses digitadores já foram contratados (ACS 10.4B).*

*A gente não é obrigada a digitar (ACS 10.2B).*

*Porque isso é desvio de função (ACS 10.1B).*

Esta posição é perfeitamente aceitável, na medida em que para um ACS, a formação exigida, de acordo com o Manual de descrição de atribuições de cargos e empregos públicos (Guarulhos, 2018d) é a de ensino fundamental. E dentre suas atribuições destacam-se:

-Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados para fins de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal;

-Operar equipamentos e sistemas de informática e outros, quando autorizado e necessário ao exercício das demais atividades (Guarulhos, 2018d, p.122).

Apesar desta discussão e de não estar explícito, há o entendimento de que a alimentação de sistemas de informação pelos ACS é uma atribuição, não havendo como datar a inclusão desta função nos documentos municipais, pois:

*Quando a gente foi fazer concurso, não falou que a gente tinha que ter computação, não pediu isso, pediu outras coisas, mas computação não (ACS 10.5B).*

E os gestores buscam ponderar isso para seus servidores, apontado que

*Surgiu uma fala de que "eu não sou digitador". Então está lá que a gente [ACS] não é obrigado a digitar o e-SUS. Eu peguei a portaria e mostrei a atribuição de cada profissional dentro da estratégia. E dentro delas está a de alimentar os sistemas independente de que sistemas for, é manual, ou informatizado. Então eu mostrei para eles dentro do que é a portaria do ministério da saúde que fala das atribuições de cada profissional, e aí eles entenderam (GNL 4B).*

Assim, demonstra-se a necessidade da capacitação do pessoal para o uso de computadores e alimentação de dados. E, mesmo implícita, a contradição persiste porque os servidores acreditam que não é atribuição do ACS alimentar o sistema E-SUS, como segue:

*Não é função do ACS, mas eles não têm como dizer, porque se eles tivessem como dizer, eles não tinham ficado de boca fechada quando a menina falou (ACS 10.1B)<sup>6</sup>.*

*Gente capacitada que teria outras funções a desempenhar, que até ajudaria melhor no PMAQ-AB, tem que ficar digitando ficha. Então assim, eu acho um absurdo a ACS ter que digitar ficha (M 2A).*

Outros apontam que a burocracia para o preenchimento do sistema se sobrepõe ao atendimento dos usuários, como se lê abaixo:

*Você tem que parar de fazer uma atividade da UBS para ficar digitando ficha, e aí "ah, quem vai digitar? Quem vai digitar?" É difícil. Aí vai botar eu para digitar? Tudo bem, só que eu vou precisar de um tempo para digitar, aí vou deixar de atender paciente para digitar? (M 2A).*

*Para mim ficou surreal, você pode ver que a minha alimentação do sistema é péssima. Eu não boto cartão SUS de ninguém porque não dá tempo de botar cartão SUS de ninguém, boto data de nascimento e sexo, aqui ó, não botei se foi programada, continuada, não botei nada, isso aqui vou ter que refazer tudo. Depois que pego agora no final e falo assim, puta, que que eu fiz mesmo? Aí eu falo assim "continuado, aqui foi tudo na UBS, esse aqui continuado, aqui eu dei alta acho. Putz, não tem CID, vou botar tudo z 00" esse é o meu preenchimento do E-SUS. Então assim, a fidelidade dos dados na prática é zero, entendeu? (M 5A).*

Dessa forma, os ACS são aqueles que cadastram todos os usuários de sua microárea. Geralmente realizam este cadastro através do preenchimento de uma ficha impressa, repassando

---

<sup>6</sup> O fato citado se deve à oficina realizada na regional B para trocas de experiências entre equipes acerca do AMAQ-AB. Na reunião um ACS presente se negou a alimentar o E-SUS com a justificativa de não ser sua função afirmando a necessidade de concurso público para a contratação de digitador.

tais informações para o sistema informatizado, gerando muito mais tempo do que o necessário para realizar tal atividade, como segue:

*Porque sabem que não é obrigação do ACS, tem que ter esses digitadores, por queira ou não queira, desde que a gente começou esse e-SUS, é muita folha, uma casa que tem 10 famílias, você perde o dia fazendo isso daí na casa aí depois você vem aqui para jogar no sistema, é outro dia que você vai perder, é um dia para eu poder por uma família tão grande (ACS 10.4B).*

A intenção inicial da SMS era fornecer aos ACS, dispositivos móveis para a alimentação de dados, assim não seria necessária a ficha em papel, o que, de fato, nunca aconteceu.

*Havia uma dificuldade muito grande para fazer a digitação das planilhas do e – SUS e ela precisa ser digitada por que se não o Ministério não fica sabendo. E os funcionários pensavam no início que toda planilha teria que ser digitada pela administração. E não tem condições, você viu aqui pela aqui pela planilha, que é extremamente complexa. Então agora a gente conseguiu conversar e estabelecer um horário para que que essa planilha seja digitada (GNL 1A).*

Para enfermeiros e auxiliares de enfermagem, percebe-se que a alimentação do banco de dados acontece, apesar das inúmeras dificuldades acompanhadas por pressão e ameaças da gestão local, como as falas abaixo:

*Nós da enfermagem somos responsáveis pelas nossas próprias fichas, ou atendemos ou fazemos ficha, é impossível você se preocupar com isso num atendimento, o nosso atendimento é específico, você tem que prestar atenção naquilo que você está fazendo. Então você se preocupa com isso, ou no final do dia, você se preocupa em anotar em alguma coisa, só que isso qual que é a fala, advertência, se você não tiver digitando você vai tomar uma advertência. Então é a preocupação de você atender com qualidade, prestar atenção, se preocupar em anotar para que você de essa produtividade que eles querem e passar isso para o computador, em que momento? Nos dias assim, a gente sai para a coleta, chega àquela hora que você me viu entrar, saímos para coleta, a gente faz a reunião, a gente vai fazer visita domiciliar e ainda tem que se preocupar em voltar, achar um computador vazio para poder digitar. Mas ninguém está sabendo (E 1A).*

*As enfermeiras já estavam mais conscientes, mas com as auxiliares de enfermagem, precisou chamar a atenção (GNL 1A).*

Com a mudança da base de dados do SIAB para o E-SUS, a SMS solicitou que os Cadastros Nacionais de Saúde (CNS) de todos os usuários do município fossem refeitos. Essa ação foi chamada de “higienização” do SUS, que se refere à padronização de dados dos usuários e vem ocorrendo desde 2011, conforme apontava o MS em 2016:

Em 2011 o DATASUS iniciou o processo de higienização da base de dados do Cartão Nacional de Saúde e criou novo algoritmo de geração de números iniciados por 7. Estes números são atribuídos somente a cadastros com 80% ou mais de grau de qualidade das informações. Os números iniciados por 7 são gerados somente no DATASUS, o que proporciona o controle da faixa numérica impossibilitando a proliferação de números para um mesmo usuário. Desde então o DATASUS vem trabalhando na vinculação dos diversos números gerados para um mesmo usuário em

um único registro tendo o número iniciado por 7 como o número “Master” desse usuário (Brasil, 2018).

De acordo com Moreno (2018), esta ação é um esforço nacional para a efetividade do CNS. A duplicidade de usuários no sistema é um problema que afetará nosso sistema por algum tempo trazendo à tona a necessidade de novas estratégias para a identificação de usuários do SUS.

Esta ação auxilia na garantia de consistência dos bancos de dados visto que são utilizadas diversas bases de dados de procedências diferentes.

A meta da SMS era de 100% do cadastramento da população o mais rápido possível, porém há a dificuldade da aceitação da população em confiar informações pessoais para os ACS, já que muitos usuários têm receio do uso destas informações, como se lê:

*E a dificuldade dos documentos da população também, eles não confiam na gente (ACS 10.1B).*

*Você não vai conseguir cadastrar porque tem pessoas que não vão estar em casa, outras não vão querer o cadastro, todo dia mudam as pessoas, as pessoas mudam todo dia de casa (ACS 10.3B)*

*Então eu podia higienizar, mas isso eu preciso dos documentos das pessoas, e assim, chegou ao ponto que as pessoas falaram "mas para que você quer meus documentos?" Então a gente passou a ser igual o pessoal do ibope, sabe? Tipo assim, eu já não vou mais fazer visita, eu vou lá para pegar dados da pessoa. E assim, as pessoas não gostam, e com tanta coisa que está acontecendo é difícil, e a pessoa não tem um tempo para chegar aqui e ficar duas horas para poder fazer o cartão novo dela (ACS 14.2B).*

Além disso, outros municípios vizinhos de Guarulhos parecem não estar nesse mesmo movimento de “higienização” do banco de dados, sem buscar atualizar os dados dos seus usuários e, conseqüentemente, oferecendo atendimento com maior facilidade.

*Eles querem que a gente cadastre as pessoas já com o SUS 7, aí a população não quer vir aqui para fazer o novo SUS sendo que já tem e qualquer outro lugar que vá acaba sendo atendido com começo 8, sem precisar ter o 7 (ACS 12.1B).*

Os gestores locais também comentam essa dificuldade

*Então hoje a gente tem organizado, porque esse ano as fichas estão todas em dia, mas as do ano passado a gente está digitando ainda. Foi muito complicado. Perdeu-se muitos dados. É difícil de a gente pegar, gerar relatório, entender os relatórios (GNL 4B).*

O sistema solicita, a cada abertura de ficha, a digitação de inúmeros dados, inclusive o número do CNS e isso se mostra de grande dificuldade para os profissionais pois afeta bastante o tempo de atendimento:

*Você tem que pegar uma pessoa, fazê-la ficar digitando o negócio que poderia ser feito no computador, numa presença? Presença? Agendou, tudo bem, agendar não é*

*consulta, mas a pessoa deu presença, já deveria ter computado que ela veio, que a consulta foi, teoricamente, realizada, se ela deu presença..., mas nem isso, então tem que ficar digitando, são dois serviços, anota na ficha do atendimento para agendar, que a menina do atendimento ali ela agenda, ela coloca o nome e o SUS, o cartão, que a gente está tentando regularizar a situação do SUS, então todo mundo que vem agendar consulta a gente fala "já tem sus?" "não" "então tem que fazer" e aí a gente, aí acaba colocando o número do sus, aí depois eu tenho que digitar o número do SUS na minha ficha e depois a pessoa vai digitar a minha produção tem que digitar o número do SUS de novo, então quanto tempo foi perdido nisso aí? Difícil (M 2A).*

*Não tem menor sentido preencher isso aqui, pensa o tempo que eu tinha que despender todo dia, o paciente nunca tem o cartão do SUS na mão, sempre está guardado no ultimo bolso da última carteira, dentro da última bolsa na sacola até pedir o cartão do SUS do pessoal e ter que preencher de todo mundo, demanda tempo (M 12B).*

*E nosso acolhimento é, eu peguei 10 de uma vez de pacientes que já, dependendo do que tem, uma febre, enfim, alguma situação que você tem que ser rápida no atendimento, e 10 você tem que ser rápido, está chegando mais lá na sala de triagem, você tem que anotar cartão do SUS, e aí você tem preencher no prontuário... você acaba fazendo sub anotações, porque não tem como você ser completo, ou você atende ou você faz o trabalho completo (E 13B).*

*Na consulta medica a gente usa mais tempo preenchendo papel do que atendendo o paciente de fato (M 13B).*

Frise-se que a falta do número do cartão CNS no início da ficha de atendimento invalida a sua contagem como produção do profissional, como aponta a fala abaixo:

*Quando você entra com o número do SUS você sabe que ela teve uma consulta com um determinado profissional numa determinada data e qual foi a característica da consulta, se é de cuidado continuado, se foi saúde sexual, se foi cuidado de morbidade, doença crônica. Em compensação, ele foi implantado de uma vez e um projeto piloto com inúmeros problemas, até a própria ficha, porque quem fez aquela ficha, não foi médico que fez aquela ficha, exames que a gente pede a gente tem buscar um código pra colocar, só que assim, no nosso atendimento eu tenho que fazer a ficha do e-SUS, principalmente quando é primeiro atendimento com gestante, o preenchimento é mais amplo, aí a pessoa fala "ah, mas é rapidinho" não é, são 3, 5 minutos de diferença e aí você vai multiplicando pela quantidade de gestantes, depois tem pacientes que você não acha o prontuário, paciente que não traz o número do SUS, mesmo assim eu coloco, mas parece que não é valido pra produtividade, entendeu? Então quando você não coloca o cartão não conta, porque tem muito atendimento que eu acabo não colocando, porque a gente na emergência faz tranquilamente 60 atendimentos diários (M 1A).*

A propósito, é interessante assinalar uma das sugestões dadas por um médico em um dos GF foi a criação de um sistema de código de barras que facilite o preenchimento dos dados pessoais dos usuários direto no sistema:

*Na entrada, a pessoa deu um check-in que vai passar em consulta, já lê um código de barra, acabou, passou em consulta, não precisa você ficar digitando. Ele já vai automático depois, para produção (M 2A).*

Outro impasse com o sistema, foi a dificuldade em realizar alterações nos cadastros, como dito abaixo

*Por enquanto é um sistema falho, porque você não consegue alterar um monte de coisa, porque ele está em experimento, eu digitei, fui mexer num botão, quando eu fui ver eu estava com duplicidade de família e não tem como mexer naquilo, por enquanto não tem. Então é um serviço perdido, enquanto eles não aperfeiçoarem esse programa, é perdido, para mim é (ACS 2.2A).*

*Você não pode excluir uma coisa, você digitou errado e acabou... você não consegue excluir, vira duplicidade, se você tenta atualizar uma ficha que você colocou um dado errado, ela vira duplicidade, você não tem como excluir aquilo. São as dificuldades do sistema, o sistema é muito falho, entendeu? Por exemplo, você coloca uma mulher gestante, você não consegue depois tirar ela como gestante, uma coisa tão simples, você não consegue tirar. E você tem que fazer o que? Tem que cadastrar a ficha de novo, depois coloca o bebê. Ela vai ficar uma ficha gestante e depois a outra ficha sem estar gestante. Sempre quando tem o asterisco é a ficha mais recente, mas não se une a ficha, ela vira duplicidade. Mulher: Aí ela engravida de novo, abre outra. Abre outra e aí vai ficar lá a terceira com esse asterisco vai pra baixo mas fica lá 3 vezes assim, o nome (ACS 3.2A).*

*Fora que no começo muita coisa a gente digitava e as fichas sumiram, a gente teve que redigitar, depois a gente viu, eu tenho ficha lá que está 3 vezes lá, eu não sei se elas reapareceram o que aconteceu... complicado (ACS 3.3A).*

*O E-SUS veio com um sistema burro, porque se eu tenho uma gestante e eu quero tirar ela de lá, porque ela ganhou seu bebê, eu não tenho como tirar, eu tenho que cadastrar ela novamente toda para poder ela sair como gestante, ele entender que é uma atualização. A criança a mesma coisa, não existe isso gente (AE 12.2B).*

*Tem mais ou menos uns 30 milhões de pessoas cadastradas aqui no sistema e você não consegue excluir as que foram colocadas mais de uma vez. Impossível excluir! (ACS 14.5).*

Deve ser salientada a dificuldade com a aprendizagem e manejo do sistema

*Teve gente que digitou todas as famílias, chegou na capacitação, estava tudo errado (ACS 12.3B)*

*Uns 90% do E-SUS eu digitei, pessoas, não famílias, cadastro individual. Todos errados, não tinha um que você falava que estava certo (ACS 14.3)*

Enquanto o PEC não estiver efetivado em todas as unidades, o E-SUS não terá funcionalidade para os servidores, como referiu um médico num GF:

*Eu acho que o projeto do e-SUS é maravilhoso, só vai funcionar quando tiver um computador em cada sala de médico, de enfermagem. Até lá, perda de tempo. Porque não adianta nada a gente preencher isso aqui se o pessoal não tem cartão do SUS, não adianta nada se a gente continua atendendo sem cartão do SUS, não adianta nada, gente (M 12B).*

Porém outro médico apontou que seus colegas não estão sabendo lidar com o PEC, porque dificulta o atendimento, em unidades já informatizadas:



*O prontuário eletrônico é lindo só para a gestão. Nossos colegas em unidades já com o sistema têm reclamado muito e dizem que é extremamente trabalhoso, não facilita em nada (M 4A).*

Os erros da digitação em planilhas somadas à dificuldade relacionada à falta de tempo e infraestrutura para alimentação do banco de dados, gera subnotificação da produção das equipes, o que pode interferir na nota final da avaliação, com prejuízo aos servidores.

*Pelo serviço duplo acredito os dados serão menores do que são. A gente não tem a ferramenta. Isso que eu estou falando que é a dificuldade, mesmo que tivesse um computador para cada pessoa não dá para digitar tudo aquilo que eu fiz durante um mês, ou seja, se eu fiz 100, 110 visitas eu só vou colocar umas 50, então, quer dizer, o número já não é a realidade (ACS 1.5A).*

*Aí você volta recoloca, faz outra, vai tudo de novo recoloca novamente... sumiu. Ou aparece aí quando aparece a mesma família! Aí você fica assim, perturbada. Aí lá na regional ficam falando "pessoal burro, a gente já ensinou, mas não aprende", mas não é! É o sistema, o sistema que não está respondendo adequadamente o que a gente joga dentro do computador (E 4A).*

*Sempre aparece uma coisa nova, mas é igual numa bomba, você sabe que ela vai explodir, mas ela também tem um dispositivo para não fazer ela explodir, e eu acho que a mesma coisa é ele, porque apreço que para, quando deu um horário vai lá e desliga. Aí você tenta, tenta, tanta. "seu e-SUS está funcionando?" "não". A maioria dos dias acontece isso, eu não sei porque. É raro você ver um dia que ele não pare (ACS 7.1A).*

*Você faz o cadastro, da primeira ficha, geralmente a gente coloca a mãe ali e aí pergunta "é o responsável?" "sim" se é o responsável você já colocou o número do SUS lá no começo você não precisa digitar novamente. Aí você vai digitar do filho, aí aparece lá "é o responsável?" "não" se você já colocou a mãe como responsável e você coloca o filho como não é o responsável, automaticamente já deveria o SUS aparecer lá do responsável, mas não, você tem que digitar tudo de novo, a data de nascimento do responsável, menina, é muita coisa, você repete o número do SUS do responsável em todas as fichas e data de nascimento em todas as fichas do responsável, é muita coisa que eu acho que não teria necessidade (E 8B).*

*Tempo é cadastro (ACS 8.1B).*

O entendimento dos conceitos relacionados ao preenchimento das fichas também pode gerar subnotificação ou seu superdimensionamento, como se lê abaixo:

*Se eu faço um cálculo de IMC, eu estou fazendo rastreamento para risco cardiovascular e aí eu tenho que marcar aqui como feito. Se eu faço rastreamento, eu estou pedindo ou avaliando Papa Nicolau eu estou fazendo rastreamento de câncer de colo de útero, se eu peço ou avalio uma mamografia, eu estou fazendo rastreamento de câncer de mama. Tanto que não aparece nem aqui nos exames solicitados e avaliados. Então, para mim, toda vez que eu visse um papa ou uma mamografia eu deveria marcar aqui, toda vez que eu atendesse um hipertenso e um diabético e fosse fazer prevenção de risco cardiovascular eu marcaria aqui como prevenção de risco cardiovascular. E não foi o que foi orientado para a gente pela secretaria. Falaram para a gente botar aqui no câncer de útero e câncer de mama, isso eu liguei, perguntei, reperguntei, toda vez que viesse uma mamografia ou um papa alterado, ou então alguém com complicação cardiovascular. Não concordo, rastreamento não é isso por definição. Rastreamento numa população teoricamente saudável né, então eu ano concordo. Então vai vir um número para o ministério talvez*

*com um absurdo notificado porque a gente foi mal orientada, porque rastreio não é isso (M 5A).*

*Outra má orientação foi a parte de deficiência, se a pessoa usasse só óculos era considerado deficiente. Definição de deficiência visual é visão monocular ou visão menor que 50% ou visão..." o número de deficientes visuais do município, se todo mundo fizer isso Guarulhos só tem cego, porque a definição de deficiência visual não é o uso de óculos, se a visão ficar perfeita com a melhor correção possível, não é deficiência (AE 5.1A).*

Como o sistema não é muito sensível para informações qualitativas, imprevistos relacionados ao dia-a-dia do trabalho das equipes deixam de ser registrados e não contam como produção, influenciando na nota da avaliação:

*Eu ainda agora fui para a sala de vacina, piorou, porque me falaram que isso aqui para mim não significa nada, eu não tenho, meu sistema é outros, é o da vacina e eu não tenho produtividade na vacina, logo não faço nada. Eu tenho um setor que é aqui no setor da unidade e o setor não funciona, é um setor que está redondinho e a gente não tem valor lá, porque para o sistema a gente não existe (E 1A).*

*Essa ficha também eu acho que ela é falha, essa do PA que a gente faz todos os dias, porque deveria também ter lá no sistema, também os dias de chuva que a gente não vai para a rua e fica fazendo serviço interno, que a gente faz prontuário, que a gente tem um dia de digitar, que cada um tem seu dia de sentar no computador para digitar e nessa planilha não tem essa observação (ACS 1.1A).*

Percebe-se que a transição para o E-SUS ocorreu de forma abrupta e com prazos a vencer, quando a SMS teve a intenção de se resguardar quanto às possíveis mudanças advindas de um sistema com inúmeros problemas já anunciados antes de seu lançamento.

Assim, monitorar ações de saúde mediante registros em de bases de dados demanda ter se sensibilidade às diversas realidades considerando as grandes disparidades nacionais; ademais, necessita ser editável, com informações de preenchimento automático e com interoperabilidade, ou seja, operar diversas bases de dados em uma só, para facilitar o trabalho das equipes de saúde que os alimentam.

### **9.2.3. Educação Permanente e Apoio Institucional**

EP e AI são parte da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB e devem permear todas as suas fases. São ferramentas que, quando vinculadas, potencializam as estratégias de cuidado e de gestão na AB, pois trazem outras estratégias de enfrentamento dos impasses dos trabalhadores em seus processos de trabalho (Brasil, 2011; 2015; 2017).

De acordo com Ceccim e Capozzolo (2004), a EP é o processo educativo em serviço, promovendo espaços de qualificação e de discussão, permitindo refletir sobre as ações

cotidianas nos processos de trabalho, relações interpessoais, qualidade e eficácia do serviço prestado.

O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais, além de mudanças no processo de trabalho em saúde, exigindo de trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (Brasil, 2017).

A EP diz respeito à aquisição e atualização de conhecimentos de forma crescente e longitudinal de forma a auxiliar nos processos de trabalho das equipes das UBS. Pode ser potencialmente transformadora de forma que não se restrinja apenas a cursos ofertados, mas que seja parte das discussões e do planejamento das equipes na busca de soluções para os desafios encontrados na realidade de trabalho (Brasil, 2012; 2013; 2017). Pode ser uma proposta de educação problematizadora já que se utiliza dos problemas cotidianos para promover a aprendizagem (Reis e Hortale, 2004).

Porém, tal atividade não se direciona apenas para o micro-espço das UBS, mas sim à toda a estrutura que apoia a atividade das equipes, o que envolve o MS, bem como as gestões estaduais e municipais que são corresponsáveis por tais ações com reflexos nos serviços de saúde.

Na subdimensão EP e gestão do trabalho são observadas ações em EP realizadas na atenção básica, quais ações realizadas no último ano (Telessaúde, EAD/UNASUS, Rede Universitária De Telemedicina - RUTE, cursos presenciais, troca de experiência, tutoria/preceptoria, outros), se as atividades com telemedicina são utilizadas para diagnóstico, consultoria ou segunda opinião formativa e se tais atividades contemplam as demandas e atividades das equipes. No segundo ciclo também é avaliada a UBS como espaço de troca com estudantes, professores e pesquisadores em atividades de ensino pesquisa e extensão (BRASIL, 2013; 2015).

Guarulhos recebe muitas universidades para pesquisa como pode ser demonstrado por este estudo e por tantos outros que a equipe de pesquisa da Unifesp já realizou ali. Inclusive a escolha das UBS pela gestão da Secretaria de Saúde para a realização da coleta de dados foi nas regiões que costumeiramente recebem mais alunos para estas atividades. Não obstante, o município teve no primeiro ciclo a maioria das notas das UBS acima da média nesta dimensão, nenhuma foi avaliada como muito acima da média. No segundo ciclo 14 receberam nota muito acima da média e as outras receberam acima da média ou mediana significando que mesmo

ofertando algumas atividades desse tipo, ainda precisa melhorar este quesito corroborando com as falas dos servidores a seguir.

Por ocasião da coleta dos dados de campo, poucos servidores, tanto da gestão local quanto central ou das equipes de AB relataram conhecer as ferramentas de EP do MS como o Telessaude, a Comunidade de Práticas, RUTE e a EAD/UNASUS e, em vários GF servidores reclamaram da falta de oferta de cursos para auxiliar no trabalho, principalmente para os ACS.

*Alguns diagnósticos são difíceis de realizar por falta de capacitação ficando a cargo da informação dada pelo usuário, a conduta (M 3A)*

*O município recebe muita verba do governo federal para investir em estudos. Aí a prefeitura paga e diz que repassa em cursos e capacitações de um dia, que a gente nunca é chamado? (AE 7A).*

*Não tem política de educação continuada no município. Então assim, são momentos isolados de pessoas de boa vontade, mas não existe uma coisa assim definida, e olha que a gente tem escola SUS que já melhorou batente e tal, mas a gente ainda tem uma mentalidade baseada em produtividade, então assim, eles acreditam que toda e qualquer coisa que eles forem implementar pra educar o pessoal eles vão estar diminuindo o acesso da população, então eles tem essa mentalidade, não entendem que vão melhorar a qualidade do serviço, melhorar a satisfação do usuário (M 5A).*

*No meio dessa avaliação aqui, a própria gestão deixa a gente alienado, porque não tem esse trabalho de capacitação, de EP, inclusive quando a gente fez a apresentação do modelo de gestão participativa, essa foi uma das coisas que eu super bati na tecla "olha, a gente precisa mensalmente ter as nossas reuniões de EP" (M 8B).*

*Antes a gente tinha um monte de curso, e agora não está mais tenho oferta, a gente não ouve mais (E 9B).*

*Só o que eu vejo é falta de formação, porque as pessoas que deveriam estar orientando também não sabem como fazer (ACS 13.3B)*

Além disso, outro problema refere-se ao processo de aprendizagem adotado na SMS, quando para um público de servidores restrito, que fica com a função de repassar o conhecimento obtido para sua equipe. Dessa forma, nem sempre os conhecimentos são repassados com a qualidade efetiva o que afeta, inclusive, como as ações do PMAQ-AB são realizadas.

*Quando tinha era uma coisa assim, pegava um profissional de uma unidade que tinha mais vontade e pegava o outro e o outro e aí eles montavam o curso, não era uma coisa assim, planejada, contratar profissional, bem capacitado, porque você via muitas vezes quem estava dando o curso, não sabia nem o que estava falando... (E 7A).*

*Qual a intenção da prefeitura, capacitar teoricamente os profissionais de nível superior para eles repassarem a informação? Para replicar. Tanto é que algumas vezes a gente foi escalado para outros treinamentos já se pensando nisso. (E 9B).*

Esta é também a opinião de gestores locais, principalmente no que diz respeito às capacitações relacionadas ao E-SUS, item discutido anteriormente, como dito abaixo:

*Foi do município para as unidades que ficou meio confuso, porque as vezes eles chamam um único profissional e acham que esse profissional vai ter condições de capacitar toda a rede (GNL 3B).*

*As pessoas que não capacitaram não sabiam de nada. Não tinham propriedade, e todas as dúvidas que você tinha, as pessoas não sabiam responder (GNL 4B).*

Tal posição é também apontada pelos servidores, como referido abaixo:

*É errado porque eles vêm com um novo método e a gente é obrigado a aprender tudo assim em questão de segundos, mas ninguém consegue que as coisas sejam assim, é complicado, eles têm que entender que primeiro a gente tem que ser bem treinado, entendeu? (ACS 2.4A).*

*Antes de mandar a gente preencher alguma coisa, eles tinham que chamar os funcionários e orientar, porque vários funcionários não participaram de nenhum ciclo. Então a gente faz tudo e a orientação só chega no ciclo seguinte? (ACS 9.5B)*

*O enfermeiro foi capacitado, mas na hora que fomos sentar no computador para fazer, ele não manjava nada, não ficou claro como deveríamos fazer (ACS 14.2B)*

Um dos meios apontados para promover a EP são as rodas de conversa. De acordo com Campos (2000), o espaço da roda é democrático, proporcionando a cogestão, termo por ele utilizado para definir um espaço em que haja o planejamento de processos de trabalho, a democracia e a mudança nas relações de poder, e de construção da subjetividade. Dessa forma podem promover compromisso e solidariedade com a sociedade.

Há a necessidade da mudança nos processos de trabalho para que estes momentos sejam possíveis dentre as atividades das UBS, mesmo que isso signifique um período sem atendimento à população, como sugere um gestor:

*A gente vem ao longo dos anos conversando a respeito das rodas de conversa na unidade. Então, assim, é possível a unidade parar? É, é só se permeabilizar. Então eles não têm que ter essa "Ai, eu vou parar, vou deixar de atender?" Não, você vai se organizar para o mês que vem, você não vai abrir a agenda dos seus profissionais e você vai poder fazer uma roda de conversa aqui na sua unidade (GNC 4).*

A isso se soma a necessidade urgente de mudança da percepção dos servidores para que esses espaços não sejam apenas burocráticos ou de participação de apenas algumas categorias profissionais de uma mesma equipe, mas sim de construção de conhecimentos e de organização dos processos de trabalho. Algumas colocações de gestores locais, demonstram tal fato, como segue:

*Tem a reunião com os auxiliares e com as enfermeiras, a gente procura participar, então esse é um espaço que a gente consegue fazer a avaliação do trabalho, ouvindo e se colocando também, eles também se colocam (GNL 1A).*

*Essa reunião de roda, de desabafo, ainda está um pouco falho da minha parte porque ainda não consegui fazer um cronograma certinho, das ações que a gente vai fazer, processos de trabalho. Eu não gosto da roda, nem do nome roda, reunião geral. Passo as informações a serem passadas e depois deixo em aberto a quem gostaria de se manifestar e sempre os mesmos falam, atacam outros, não gosto (GNL 2A).*

*Eu quero um colegiado, se eu não estiver presente, que ele tenha condições de tocar essa roda. Porque ela tem que acontecer. Se ela não acontece, a comunicação fica falha. Estamos tentando organizar e motivá-los nessa reunião (GNL 3B).*

O que se coaduna com a função principal das rodas de conversa a qual não pode ser a de comunicação tecnicista e burocrática (Campos, 2000).

*Às vezes ele faz uma roda que a gente brinca aqui que é a roda só de informes. Aquela roda básica, correndo e que só tem a maioria agente de saúde. E aí as vezes o assunto não é nem nosso, não é nem com a gente e a gente fica presenciando aquela coisa (ACS 2.6A).*

*A gente fala de tudo o que está acontecendo na unidade. O gerente vem com as coisas já para falar e vai perguntando para a gente se a gente tem alguma coisa, então se a gente tem alguma reclamação, alguma sugestão a gente fala. Mas mais normalmente é o que ela traz para poder falar para todo mundo, tipo, dar um aviso geral (ACS 14.5B).*

*Normalmente é algum problema de comunicação. Sempre cai nesse ponto, é a comunicação que não está boa, e por conta disso gera uns problemas e a gente tenta melhorar a comunicação (M 13B).*

O PMAQ-AB inclusive propõe que estas rodas tenham participação de integrantes da SMS e de usuários do SUS favorecendo também o controle social (Brasil, 2012).

Apesar da função de cogestão não ser prioridade nas falas mencionadas, as rodas de conversa podem ter potencial, se puderem ser compartilhadas para a mediação e a proposição de temas da gestão dentre todos os servidores da UBS.

*A gente tem as reuniões de roda e eu percebi que as equipes daqui dependiam muito da gente para tudo. Muitas coisas eram feitas mas parece que eles não tinham muita autonomia. E eu estou tentando dar mais autonomia para eles (GNC 3B).*

Na UBS 3B, um dos médicos promove um projeto baseado na cogestão de Campos (2000). Trata-se de um espaço para discussão e formação através da roda de conversa, pois partindo dum estímulo literário, os servidores promovem discussões acerca do seu processo de trabalho, superando a discussão meramente burocrática. Este formato de roda de conversa pode promover espaços de fala para os servidores, de discussão e de busca de estratégias coletivas tanto para o planejamento quanto para o enfrentamento do sofrimento no trabalho (Lacaz; Goulart e Junqueira, 2017).

*O médico está buscando incentivar a cogestão na unidade, horizontalizar mesmo. Criar uma política de PSF mesmo né, porque na maioria das vezes a gente não aplica aquilo que é realmente o PSF aqui, por causa dessa alta demanda (ACS 9.1B).*

Quanto ao apoio das gestões centrais aos servidores, um obstáculo apontado na EP é a rotatividade de profissionais. Ela afeta as capacitações pois há dificuldade no aprofundamento das questões relacionadas ao processo de trabalho visto que há a necessidade de retomar conceitos básicos constantemente, principalmente no que concerne à alimentação e aprendizagem de alimentação dos bancos de dados, por exemplo:

*A gente começou todo o processo de capacitação, e isso ainda vem acontecendo, porque ainda não existe algo contínuo e a gente tem uma dinâmica de troca de profissionais, e aí aquele profissional novo que chega você tem capacitar de novo, enfim, é um processo que não para. (GNC 2)*

Quanto à gestão central e local, o PMAQ-AB propõe o AI, como já explanado na introdução como um apoio na superação das dificuldades das equipes de forma a auxiliar a concretizar ações para tal.

Neste sentido, os servidores apontam que há falta de respaldo da gestão em nível central, como se lê:

*Vê-se que é uma gestão que não dialoga, a coisa não é feita democraticamente, não existe o canal para o diálogo, não dá para existir um PMAQ-AB sem comunicação, entende? Existe o diálogo de uma certa cobrança, mas não existe dialogo de um reconhecimento (M 8B).*

*E qualquer reclamação por parte nossa em relação ao programa, nunca houve um respaldo e um respeito, porque quem entrou com um recurso descordando, não somente do valor recebido, mas de outras coisas da maneira que estava sendo, não houve respaldo e não há até hoje. Se você entra com recurso nem a resposta vem para você e se vem, vem indeferido (ACS 11.3B).*

É preciso salientar que se deve ter em mente que “apoiar institucionalmente” não deveria restringir-se a tirar dúvidas sobre o processo de trabalho, mas estar junto, acompanhar todo o processo de forma que o trabalho na ponta, na UBS, esteja consonante com o que se espera no PMAQ-AB e, conseqüentemente, na melhora da AB, objetivo primordial do Programa, o que foi questionado nas falas a seguir:

*Não estou dizendo que é incompetente naquilo que vem como formação de base, mas para o cargo às vezes não dá certo. Aqui eu posso identificar para você divisão de área errada como, por exemplo, o fechamento de uma emergência grande daqui de Guarulhos pelo próprio secretário que não sabe o que é uma bactéria, é engenheiro, não é médico, entendeu? (M 1A).*

*Outro déficit, não tem ninguém da ponta, da estratégia daqui de baixo lá em cima, na regional, por exemplo, não tem. Então assim, eles idealizam o projeto, mas no real eles não sentam aqui para ver como é o nosso cotidiano, quem é o nosso usuário (ACS 11.3B).*

Tal apontamento demonstra a real necessidade de que aqueles que assumem cargos de gestão tenham não só formação em saúde, mas que conheçam de perto a realidade do trabalho na ponta.

Essa aproximação pode ser constatada através do Articulador da Atenção Básica (AAB), cargo criado pela SMS, em resposta às diretrizes de diversos documentos do MS de apoio à gestão municipal.

Os AAB foram selecionados por meio de seleção interna e o pré-requisito para exercer o cargo e ter participação no processo foi a experiência mínima de um ano na Atenção Básica; formação em Saúde Coletiva, Saúde da Família, Gestão e/ou áreas afins. Suas atribuições dizem respeito à supervisão, realização e apresentação de diagnóstico local por parte das equipes das UBS; apoio à gerência e equipes das UBS para a melhoria da qualidade na atenção; ao lado de monitorar as atividades da gerência e equipe das UBS propondo readequações e repactuações para o cumprimento das metas, quando necessário (Guarulhos, 2011), como explicita gestor:

*É uma metodologia interessante a partir do momento em que ele me traz uma possibilidade de uma sistematização de autoavaliação, onde que de alguma forma quando eu pego uma matriz de intervenção, e aí pensando já na questão do AI, e aí eu vejo um indicador que, por exemplo, que ele está com a matriz, ela está extremamente positiva e o indicador ele não se alterou, tem essa possibilidade e essa proposta de fazer essa reflexão. Então o que que a gente precisa rever nesse processo de trabalho que a gente achou que estava bom e que não alterou em nada, e até piorou em alguns momentos, para que a gente consiga melhorar de fato essa questão da qualidade da nossa, da nossa prestação de serviço para o cidadão (GNC 2).*

A criação do cargo de AAB veio reforçar o início da implantação do PMAQ-AB no município e foi de grande importância para a sua implementação apoiando as equipes contratualizadas. Foram selecionados onze articuladores que acompanharam todo o primeiro ciclo do PMAQ-AB apoiando e supervisionando as gerências e equipes das UBS, como referido abaixo:

*(...) cada articulador tinha uma referência então nosso trabalho naquele momento se integrou numa proposta que o município já vinha realizando com o programa que o Ministério trouxe; se encaixou perfeitamente. Então todo o primeiro ciclo teve esse apoio desses profissionais para com as equipes contratualizadas (GNC2).*

Dessa forma as equipes nas quais se percebia incoerências entre o processo de trabalho e os seus indicadores de produção podiam ser apoiados para a mudança no próprio processo de trabalho de forma mais efetiva, como dito a seguir:

*A gente conseguiu singularizar isso, entendendo um pouco da rotina das unidades à medida que a gente fazia visitas minimamente mensais a cada equipe, então a gente tinha até um vínculo maior, dava para entender a lógica das equipes. Com o PMAQ-AB deu para aprofundar o diagnóstico e a gente entendeu que trabalhar dentro de*



*uma diretriz que o ministério vinha fazendo do entendimento da unidade seria interessante para apoiar as equipes (GNC 3).*

A função de articulador, teve este nome escolhido exatamente para quebrar com a definição literal à qual a palavra supervisor remete. De acordo com Reis e Hortale (2004) supervisionar remete à inspeção e controle da execução de tarefas num modelo de gestão vertical de visão tradicional, tecnicista e taylorista. A proposta de mudança de nome reflete a busca por uma CH, de construção conjunta, para superação das dificuldades no processo de trabalho. Assim, como demonstrado na fala abaixo, de um dos gestores centrais que foi articulador diz:

*A gente também não tem ideia de como a equipe viu essa questão, que vinha uma equipe da secretaria e tal, apesar da gente ter sempre o pensamento de que a gente ia fazer apoio até a nomenclatura de supervisor pra articulador foi mudada pra tentar, a gente fazer essa aproximação de uma forma mais horizontal possível, e no nosso manejo dentro da equipe, tentar trazer isso de uma forma colaborativa, trazer as discussões da equipe, as dificuldades, as necessidades, até pra secretaria pra ver no que a gente poderia colaborar, esclarecer algumas dúvidas ou comunicações que não chegavam pra equipe, perceber o território, como isso repercutia e como isso se operacionalizava (GNC 3).*

Porém estes articuladores aos poucos se deslocaram para outros locais e funções, mantendo-se apenas quatro servidores como apoiadores institucionais, lotados na SMS e com dimensionamento de muitas equipes para supervisionar, afastando o AI das equipes de ESF, como explicitado a seguir por gestor:

*A gente ficou nesse processo até o início do segundo ciclo. Alguns profissionais foram realocados para outras posições, um virou coordenador de uma rede, outro virou gerente de uma unidade de saúde, um foi para o ministério da saúde, outros não se identificaram com a proposta e quiseram atuar em outros momentos da secretaria (GNC 2).*

De certa forma a experiência de atuação dos AAB foi exitosa, na visão dos servidores pois ainda se comenta sobre o momento de afastamento destes profissionais, considerando o reconhecimento pela atuação por parte da gestão:

*No primeiro momento, apesar de ter sido conversado, foi bem difícil a aproximação. Até as pessoas entenderem qual que era o papel, enfim, demorou. E aí quando a gente começou a consolidar a gente não conseguiu retomar esses 11 profissionais, ou seja, quando estava maduro todo mundo tinha entendido o processo, acabou. Então as próprias regiões sempre pediram para gente "não vai retomar?". O que a gente conseguiu hoje nesse momento aí com o RH que a gente tem foi colocar à disposição os 4, mas eles não têm tanta capilaridade (GNC 2)*

Os gestores centrais comentam que esta descontinuidade foi uma perda no movimento de aproximação da SMS com as equipes através dos AAB, levando em conta a importância de

seu papel para a construção das ações relacionadas à implantação do PMAQ-AB, como se observa nas falas a seguir:

*Faz falta porque eu não consigo na rotina de trabalho participar das reuniões de equipe sistematicamente conosco gostaríamos que fosse, que seria o ideal e o articulador participava. E quando ele percebia alguma coisa, havia troca. Quando a gente fazia impressão dos relatórios eu já conseguia sentar e grifar algumas coisas para passar para a equipe e ela fazia isso (GNL 3B).*

*Aqui eles foram muito bem apoiados na época dos articuladores. Quando da construção do primeiro PMAQ-AB, do primeiro e segundo, esses articuladores eles estavam muito presentes para construir. E eu acho que o apoio que essa equipe aqui teve foi muito bom em mostrar os indicadores, apontar o que tinha que fazer, sabe, dar um norte (GNL 4B).*

Apesar da perda desses profissionais o PMAQ-AB dá visibilidade e consagra, no terceiro ciclo, o termo CH, como forma de potencializar a EP e o AI. A CH refere-se às práticas cotidianas dos trabalhadores das equipes de ESF e à possibilidade de troca de saberes entre equipes, UBS, gestores e até municípios e estados. Parte-se de a capacidade dos trabalhadores ensinar e aprender propondo uma rede de troca de experiências em processos de trabalho, práticas de gestão, de qualidade da atenção e do cuidado (Brasil, 2015). É o que expressa o gestor na fala abaixo:

*Hoje quando a gente olha para dentro, e aí analisamos os três ciclos e a proposta desse último ciclo, o processo até indutor que o ministério coloca em alguns momentos, é a questão do AI que o pessoal lembrou bem do articulador, mas agora ele coloca também uma questão transversal num processo todo e uma colaboração horizontal. E mesmo a gente não tendo articulador, mas quatro profissionais que estão atuando enquanto apoiadores institucionais na região, para a região vai apoiar essas unidades na ponta (GNC 3)*

Dessa forma, a dificuldade em apoiar todas as UBS com qualidade, vínculo e aproximação, pode ser suprida em alguma medida com a troca de experiências entre os diversos servidores e locais de trabalho, intermediados pela ação dos AAB.

*Cada região hoje criou uma estratégia de trabalho, então a gente não tem sistematizado, e regiões que trabalham na mesma lógica desse apoiador com o profissional de referência. Tem outros que trabalham a nível regional com técnicos pra determinadas áreas. Num nível mais central, a gente apoia essas regiões para que eles possam fazer o trabalho deles. Tem esse braço mais de perto que são os apoiadores que vão fazer, são eles que conseguem fazer visitas para cada região tentando trazer as informações, levar as informações que eles solicitam e trazer o feedback de algumas coisas que eles percebem que a gente precisa dar uma conversada, um redirecionamento (GNC 2).*

Sobre o AI, a dimensão observada na avaliação externa que versa sobre a Gestão da SMS no desenvolvimento da AB possui, no primeiro ciclo, três subdimensões a serem

avaliadas: a) Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica – Perfil da Gestão<sup>7</sup>, b) Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe e c) AI e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica (Brasil, 2013d). Já no segundo ciclo, as subdimensões avaliadas são somente as duas últimas.

Na subdimensão b é avaliado o apoio às equipes de AB no planejamento e organização do processo de trabalho (Brasil, 2013d; 2015). Neste quesito, a maioria das equipes estudadas obteve nota acima da média nos dois ciclos do programa.

De acordo com as notas metodológicas do primeiro e segundo ciclos do Programa, espera-se que as equipes recebam AI, devendo ser apoiadas permanentemente, sendo avaliado se este apoio está contribuindo para a equipe na sua autoavaliação, em casos clínicos complexos, no processo de trabalho e enfrentamento de problemas (Brasil, 2013d; 2015).

Na subdimensão c, a maioria das equipes apontou nota mediana na certificação. Isso pode demonstrar que as ações esperadas pelo que propõe o PMAQ-AB não estão sendo realizadas em sua plenitude, corroborando com as falas dos servidores acerca da falta de AI.

Sobre o assunto as regionais de saúde do município proporcionaram, no início do terceiro ciclo, AI ao realizar encontros com os servidores para a fase de pactuação de metas e de autoavaliação.

Na região A foram realizadas oficinas formativas para o uso correto do E-SUS e para pactuação de metas. Na região B, ocorreram oficinas de troca de experiência entre as equipes utilizando como mote as respostas dadas pelas equipes na autoavaliação do PMAQ-AB. Frise-se que estas atividades podem ser consideradas de EP, AI e CH (Brasil, 2012; 2013; 2017).

A partir dessas oficinas, a gestão central da regional B teve a oportunidade de trabalhar com todas as equipes de ESF e transformar as necessidades delas em ações de AI que irão impactar os indicadores do PMAQ-AB, como aponta abaixo o gestor:

*A gente foi perguntando no que a gente pode apoiar. Dessa forma estamos organizando ações e capacitações para as equipes da nossa região a partir das necessidades ditas por eles. Então isso já é uma resposta que a gente está dando como coordenação para apoiar nos processos de trabalho e isso vai impactar onde? Nos indicadores... (GNC 5).*

Acrescentando que tal processo tem grande capacidade de atender às demandas da base:

*Nós nem tínhamos terminado as oficinas e a gente já estava com o grupo montado já fazendo isso aqui, então tem o compromisso de dar resposta para aquilo que as pessoas pedem. Nós vamos tentar dar resposta para todos os pedidos, mas nem todos conseguiremos, se a gente chegar a 80% do compromisso nós estamos felizes. Fizemos um grande pedido de capacitar em urgência e emergência para atenção*

---

<sup>7</sup> Este quesito não foi analisado pois não foi disponibilizado pela SMS documentação acerca desta subdimensão.

*básica, através do SAMU; capacitação em curativos; e PTS. Uns 80 ou 90% da demanda a gente vai dar resposta, vai ficar uns 10% que a gente pode ser que não consiga (GNC 5).*

Já servidores da região A apontam que existe cobrança acima do apoio como dito a seguir:

*Na verdade, eles só aparecem quando é para fazer o PMAQ-AB, depois disso ninguém aparece mais, parece que some todo mundo e quando chega o próximo ano é aquela loucura, aí manda e-mail, manda modelo para preencher, aquela coisa, entendeu? (ACS 6.4A).*

Quanto à opinião dos gestores centrais sobre o papel dos gestores locais no AI, GNC 4 comenta que devem ter autonomia para organizar processos de trabalho e que promovam espaços de EP dentro das UBS o que faz parte também de suas funções, assim como também é dito na fala abaixo:

*Então eu acho que tem um pouco disso, como o gestor local vai utilizar as ferramentas em seu favor, como e que ele vai conversar com a equipe, e como a equipe também pode usar em seu favor, você fazendo de repente um plano de intervenção, um plano de ação, perceber as fragilidades da equipe, como pode conversar com o gestor local dele apoiado, da região apoiar nas ações que ele entendeu que seriam importantes para a equipe (GNL 2).*

No que se refere ao AI ofertado pelos gestores locais para as equipes das UBS, percebe-se que por vezes este não aconteceu efetivamente para todos os membros das equipes, sendo utilizada uma rede para multiplicar os comunicados relativos ao AI. Assim gerente fala com um profissional de nível superior e este com os de nível fundamental como se lê abaixo:

*Eu fiz uma avaliação com todas as equipes e os auxiliares de enfermagem pensam que o gerente não tem essa visão macro de tudo que está acontecendo. Você já manda o enfermeiro ir colocando para os auxiliares o que está acontecendo, a partir do que você está vendo e pontuando para o enfermeiro o que precisa. Acho que os auxiliares captaram bem que precisa ter mudança (GNL 1A).*

Doravante também há o apontamento de que o gestor deve saber da realidade de trabalho na UBS como dito a seguir.

*Quando você assume uma gestão você tem que entender o que você está fazendo. Então eu estudei bastante, principalmente sobre o PMAQ-AB. Hoje eu tenho propriedade no PMAQ-AB, para que que ele serve, onde é que eu vou alinhar o meu trabalho para que as coisas aconteçam, e porque que ele acontece. Hoje eu tenho essa ciência (GNL 4B).*

A forma de executar AI torna-se horizontal, num movimento de cogestão entre equipes e gerência, como dito a seguir:

*Eu apoio estudando com eles, vendo o que é possível corrigir, o que está dentro da governabilidade da UBS de melhorar, tirando uma agenda num dia para organizar o processo de trabalho com eles. E eu cobro também. Mas eu estou sempre presente,*

*participo de todas as oficinas, em tudo que for necessário. Eu agrego o que aprendi com o que os meninos sabem e isso é muito bom (GNL 4B).*

Os servidores apontam que seus gestores os apoiam quando necessitam:

*Quando preciso de algo o gerente busca resolver ou busca na regional (ACS 8.3B).*

*Quando não resolvemos aqui na equipe, a gente vai até o gerente, e ele procura responder tudo para nós (ACS 14.5B).*

Outros não reconhecem esse apoio por parte de seus superiores pela falta de respostas aos questionamentos levantados, como se lê a seguir:

*Na nossa concepção, a relação com as gerências em geral, eles nunca sabem de nada, as informações são incoerentes (M 1A).*

*Ninguém nunca pergunta nada para o gerente, ele só sabe cobrar. Eu acho que falta um pouco de escuta, sabe? De se colocar no lugar do outro (ACS 6.1A).*

Além disso, como já anteriormente denunciado por Lacaz e cols. (2017), frequentemente gerências não respeitam ações de funcionários para com usuários e passam por cima de suas decisões, mesmo que a decisão tomada tenha sido correta em relação aos protocolos de atendimento, como diz um médico:

*Se é um paciente mais exaltado e que já é muito conhecido na ouvidoria que sobe na gerência, a gerência acaba passando por cima da nossa postura de querer melhorar o serviço e fala "não, atende, atende para a gente ficar numa boa" então isso acontece muito (M 2A).*

E quanto ao AI oferecido pela SMS para as regionais, a regional B avalia com satisfação o apoio e a CH realizada.

*A gente acaba se apoiando muito no manual e na SMS. Eles procuram apoio do MS e obtemos suporte através da SMS (GNC 4).*

*A SMS trouxe um representante do MS para falar exclusivamente do PMAQ-AB. Levou as quatro divisões para São Paulo para ver como estava o PMAQ-AB em São Paulo. Então a gente se apoia entre as quatro e vamos tirando as dúvidas junto (GNC 5).*

Posição também apontada pelos gestores locais, como dito a seguir:

*A gestão central sempre nos apoia no que necessitamos (GNL 2A).*

*Eu tenho o apoio da gestão central. A equipe técnica dá um suporte bem bacana. E o que eles não sabem elas buscam, eles vão atrás (GNL 4B).*

Quanto ao AI oferecido pelo MS, os gestores centrais informam que participaram de todos os eventos e congressos realizados, porém o conhecimento obtido sobre o PMAQ-AB foi de maior efetividade a partir da leitura dos manuais, demonstrando uma deficiência no apoio que o MS deveria oferecer ao município, como demonstrado pela fala a seguir:

*Todas as vezes que o ministério chamou, conferência e alguns encontros, a gente sempre participou. Toda vez que a gente precisou, a gente sempre acionou o ministério, mas eu acho que o grande papel foi para dentro do município, sentar e estudar, principalmente os manuais, e a cada ciclo a gente entender aquilo melhor (GNC 3).*

Porém, não há essa percepção não é expressa pelos gestores locais, podendo demonstrar que a comunicação entre as esferas da secretaria não está ocorrendo de forma efetiva, como aponta a fala a seguir:

*A relação ministério e município é zero, eu não sei. Pode até ser que não seja assim, mas eu tenho essa percepção (GNL 3B).*

Posição também defendida por servidores, como segue:

*Me parece que o ministério só sabe de algo na época da avaliação, o resto do tempo, ele não tem ideia e nem se importa com o que acontece por aqui (M 5A).*

*Eu acho que o ministério nem sabe como é que está acontecendo esse negócio desse e-SUS. Eu acho que eles deram uma forma de trabalhar e quem está passando para a gente está passando de uma outra forma porque eles mesmos não entenderam o que foi passado (ACS 10.1B).*

Devido à dificuldade com a infraestrutura no município e consequente não atualização até a data da finalização da coleta de dados desta Tese, a versão do programa instalada nos computadores das UBS era anterior a última oferecida pelo MS e havia um prazo para que este sistema expirasse. Ele continuou sendo adotado pela SMS-GRU apenas nas UBS, porém o MS deixou de oferecer apoio para os municípios neste caso, dificultando o trabalho das equipes e das gerências, que necessitavam de apoio para formar e capacitar suas equipes para o uso do sistema.

*Hoje a gente está numa versão 1.3 e o e-SUS já está lá na dois ponto qualquer coisa. Então se eu ligo para o ministério para pedir qualquer apoio, eles não me dão mais, porque a minha versão é a versão mais antiga. Então a gente ainda tem que ficar capacitando. Então quando você vai fazer capacitação, você tem que fazer por conta, e aí eu vou aplicar isso (GNL 4B).*

Percebe-se que EP, a AI e a CH devem caminhar juntas com o intuito de potencializar os processos de trabalhos das equipes e, neste caso, todas as ações pretendem promover a qualidade do serviço prestado através da gestão horizontal, construção coletiva de conhecimento e resolução participativa dos problemas para superá-los. Falta ao município, uma comunicação mais efetiva entre gestores centrais, locais e equipes, onde as informações circulem e as demandas da ponta cheguem aos gestores para serem avaliadas. Falta uma aproximação da gestão com a ponta, para entender a realidade destes servidores. E faltam cursos e capacitações, principalmente para os profissionais de ensino fundamental e médio, quebrando

com a hierarquia e apenas a multiplicação de conhecimentos por profissionais de ensino superior que a detém.

### 9.3. Terceira Fase: Certificação

A avaliação externa faz parte da terceira fase do PMAQ-AB, na qual entrevistadores externos à SMS visitam UBS para análise de documentos, do espaço físico e para entrevistar membros das equipes e usuários<sup>8</sup>.

São as universidades no país os órgãos responsáveis por esse processo e, para tal, selecionam os assim chamados Avaliadores de Qualidade para realizar tais visitas. No caso do estado de São Paulo, a Rede Governo Colaborativo em Saúde ligada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) selecionou, para a avaliação do primeiro ciclo do PMAQ-AB, 12 supervisores para:

Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) [em que] deverão atuar na organização, logística, orientação, apoio e gerenciamento da equipe de avaliadores e coleta de dados em campo, de forma a colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a sua formação (OTICS, 2017).

Aos 105 entrevistadores deu-se a seguinte atribuição:

Atuar como avaliadores da qualidade da fase da pesquisa de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e deverão participar na organização, logística e coleta de dados, de forma a colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a sua formação (OTICS, 2017).

No primeiro ciclo foi solicitado nível de graduação como requisito mínimo para ser selecionado como avaliador ou supervisor, preferencialmente na área de saúde.

Houve uma formação de doze meses num curso a distância com carga horária de 460 horas e estabeleceu-se um contrato temporário com salário de R\$2.500,00 para supervisores e R\$1.500,00 mensais para entrevistadores.

Durante o trabalho de campo da Tese, não foram encontradas informações sobre os editais relativos às ações dos entrevistadores do segundo ciclo da avaliação externa nos diversos meios de comunicação das universidades participantes da avaliação externa.

No terceiro ciclo do PMAQ-AB, o edital foi realizado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sendo selecionados 60 entrevistadores e 30 supervisores para o estado de São Paulo. Houve quatro

---

<sup>8</sup> A saúde bucal e núcleo de apoio à saúde da família no segundo ciclo foram avaliadas separadamente das equipes de ESF e não são foco desta pesquisa, portanto não foram discutidas.

dias de treinamento e, como pré-requisito, foi solicitada a formação mínima de graduação nas áreas de saúde.

O objetivo, nesta fase é:

Realizar a verificação in loco do conjunto de padrões de qualidade das instalações físicas, dos processos de trabalho das equipes de atenção básica (AB), equipes de saúde bucal (ESB), NASF e realizar uma avaliação quanto a satisfação dos usuários. Serão avaliadas 4969 equipes nas unidades básicas de saúde de municípios do Estado de SÃO PAULO (NESCON, 2018).

O valor pago nesta fase é condicionado ao tempo de serviço (R\$100,00 ao supervisor por dia efetivamente trabalhado) e ao número de entrevistas realizadas (R\$17,00 tanto para supervisor quanto para entrevistador).

As atribuições descritas para supervisores são:

Participar em curso de capacitação para receber informações sobre: o Sistema Único, de Saúde, a Política de Atenção Básica no Brasil, o PMAQ-AB, os instrumentos de coleta de dados e sua aplicação; estabelecer contato com os gestores municipais de saúde, responsáveis pela atenção básica e /ou unidades básicas de saúde; supervisionar as atividades de campo da equipe sob sua responsabilidade; aplicar instrumentos de coleta de dados do PMAQ-AB; acompanhar a aplicação dos módulos realizados pelos ENTREVISTADORES; verificar os dados coletados nos questionários e o preenchimento dos termos de consentimento livre e esclarecido com a equipe de campo; realizar reunião diária com a equipe de entrevistadores e ao final preencher conjuntamente entrevistadores aos revisores diários de campo e inserir no Sistema de Gestão do PMAQ-AB e enviar; recolher os termos de consentimento livre e esclarecido e encaminhar à coordenação do PMAQ-AB/NESCON; comunicar problemas ocorridos no campo, como também solicitar autorização para eventuais mudanças no roteiro de campo à coordenação do projeto (NESCON, 2018)

As atribuições descritas para entrevistadores são:

Participar em curso de capacitação para receber informações sobre: o Sistema Único de Saúde, a Política de Atenção Básica no Brasil, o PMAQ-AB, os instrumentos de coleta de dados e sua aplicação; aplicar instrumentos de coleta de dados do PMAQ-AB, uma vez iniciados os trabalhos de campo; apresentar diariamente os módulos realizados para serem revisados pelo supervisor; enviar, por meio eletrônico, conjuntamente com o supervisor os módulos realizados após validação e autorização do supervisor; registrar as ocorrências de campo e repassá-las ao supervisor para preenchimento e envio para a equipe coordenadora (NESCON, 2018)

As visitas da avaliação externa para o terceiro ciclo, até a finalização da coleta de dados para esta Tese não haviam sido realizadas no município de Guarulhos.

Quanto à visão dos servidores sobre os avaliadores externos recebidos nas UBS expressam que têm desconhecimento daquilo que vão avaliar:

*Não tem a visão do dia a dia de quem está aqui na ponta. Os profissionais que eram avaliadores, eu lembro que tinha um que era professor de história, então acho que deveria ser alguém da saúde né, e da atenção primária, eu acho que é o mínimo (E 10B)*



## Percepção esta compartilhada com os gestores de nível central

*E são pessoas de diversas áreas de atuação e a capacitação é mais para dar para os avaliadores o conceito básico de tudo, porque tem o checklist, e a gente teve, digamos, intensidades de análise de avaliação no momento, um que se ateu somente a um instrumento de colocar sim ou não, se tem ou não tem, e outro que já questionou um pouco mais o processo, talvez por conta da, do interesse né (GNC 2).*

*Era muito engraçado porque às vezes as pessoas vinham e: 'o que é um estetoscópio?'. Os avaliadores que vieram foram capacitados, mas vieram despreparados e porque eu estou contando isso, porque não teve um alinhamento de notas, teve uma coisa discrepante, às vezes na mesma unidade. Tinha pessoa avaliando que nem sabia o processo. (GNC 4)*

Tal problema relatado por Machado e cols. (2013) e resolvido no edital para seleção de profissionais para a avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB, como já descrito acima. Porém ainda assim, alguns servidores acreditam que os avaliadores não estão preparados para o trabalho

*Eles seguem um roteiro, então é uma coisa que, o povo fala que parece até que tem gente lá, e vai seguindo um protocolo, é isso que é preciso (M 4A).*

*Algumas perguntas são meio complexas, e eu pedi para o avaliador explicar a pergunta e ele releu ela. Parece que que é uma pessoa que eles escolhem ali apenas para de ler e responder apenas o que você entendeu. A impressão é a de que eles não tiveram nenhuma instrução (E 8B).*

A avaliação obedece a parâmetros dados em manuais específicos onde são observadas a ambiência da UBS; os documentos das equipes e são entrevistados profissionais e usuários. A visita é realizada em um único dia e este fato pode não trazer uma visão ampla da realidade, como abaixo referido:

*Eles vêm aqui um dia e avaliam tudo o que a gente tem, não acho que eles consigam perceber tudo o que a gente fez em apenas uma visita (ACS 3.3A).*

*Se ele não está dentro da realidade ele não vai conseguir avaliar se a sua equipe melhorou, teve um avanço ou não (ACS 10.5B).*

E relatam que estes critérios são dados a partir da visão dos avaliadores já que mesmas equipes com, de acordo com os servidores, mesma produção e mesmo processo de trabalho, obtiveram notas diferentes, como dito abaixo:

*Percebemos que por mais que tivéssemos um processo de trabalho parecido, os critérios foram diferentes porque haviam diferentes avaliadores aqui (ACS 2.5A).*

*O PSF é a realidade local ali, nem da unidade, é de cada área, que tem sua particularidade, cada micro também, e eles veem o PMAQ-AB como um todo do município (ACS 5.1A).*

*A gente fazia o mesmo processo de trabalho, porque as notas foram diferentes? (AE 7A).*

*Quando a pessoa vai avaliar a gente, tem que ir junto e ver as nossas dificuldades. Ir para a rua, chegar na casa de fulano e esperar a pessoa trazer o documento, quando a pessoa não entra e ficar com a gente, trabalhar conosco (ACS 8.1B).*

*Eu acredito que assim, se é uma avaliação, você tem que ter os mesmos critérios, porque não dá para avaliar "ah, porque o meu olhar é esse, o olhar do outro examinador é outro" se é uma avaliação que vai a nível geral de todas as equipes... (ACS 12.3B)*

*Quando eu entrei eu não sabia o que eu ia ter de retorno, o que eu ia esperar, inclusive onde buscar essas avaliações (E 13B).*

Visão também compartilhada pela gestão tanto central quanto local, como segue:

*Uma unidade foi avaliada e uma foi lá e fez um questionário, só que outra, outra pessoa que estava avaliando tinha interesses acadêmicos e também talvez com uma crítica um pouquinho mais ácida. E na mesma unidade, por exemplo, na unidade que tem alguns processos similares, tiveram avaliações diferentes, e isso atrapalhou (GNC 2).*

*Nós sentimos diferença, de um para outro, porque vieram dois avaliadores, e cada um ficou com uma equipe. Nós achamos assim, que um era muito mais exigente que o outro. Uma das equipes não possuía um registro específico da sua equipe nos parâmetros do programa, e mesmo assim a nota neste quesito foi igual para as duas equipes (GNL 3B).*

Nesse sentido, seria positiva uma formação acerca do funcionamento da avaliação externa e da forma como são calculadas as notas para uma maior compreensão dos servidores acerca do próprio trabalho trazendo a possibilidade de uma autoavaliação mais proveitosa no ciclo seguinte.

Uma parte da avaliação externa se faz a partir de uma entrevista com um dos membros da equipe, geralmente o enfermeiro.

*Eles vieram numa equipe e eles conversaram com usuários aqui dentro, tiveram alguns que foi com alguns agentes comunitários de saúde nas áreas para conversar com os pacientes (ACS 6.4A).*

*Eles vão questionando né, vão perguntando como que tá o trabalho e de acordo com o PMAQ-AB mesmo, aqueles itens, o que faz, o que não faz, o que tem de registro, o que não tem, e aí você ia mostrando, não só falar que faz, ou que tem, mas aí você ia mostrando suas pastas de controle, seus protocolos, foi bem, é estressante né, é estressante mas, eu peguei uma avaliadora, tive sorte de uma mulher mais tranquila, porque outras pessoas pegaram avaliadores que eram mais, uma abordagem mais pesada (E 10B)*

*Foi rápido, fizeram com cada equipe, que eles queriam na verdade os registros, o prontuário de um hipertenso, mostra para eles, eles veem como está organizado o prontuário, tranquilo. O que tem eles vão marcando lá que tem, ok, o que não tem eles colocam que não possui. Mas foi tranquilo, não foi coisa do outro mundo, e foi bem rápido, não foi demorado (E 7A).*

Percebemos que na avaliação externa ocorre o reforço do modelo hierárquico dentro da equipe, pois apenas servidores de nível superior são considerados capazes de apresentar para o

MS os dados e arquivos necessários. A propósito, os manuais informam que, caso não haja um profissional com formação em nível superior no dia da avaliação externa, esta não poderá ser realizada e a equipe será desclassificada (Brasil, 2012; 2013; 2017). Nesse sentido, o trabalho de toda uma equipe fica apenas a cargo do médico ou enfermeiro.

E este fato pode comprometer a avaliação externa, principalmente quando há servidores novos que precisam responder à avaliação externa sem ter participado do processo anual do PMAQ-AB.

*Na segunda avaliação, a enfermeira não sabia de nada, porque ela tinha acabado de entrar. E aí quem respondeu tudo fui eu (AE 12.2B).*

Parte importante da avaliação externa é a entrevista de usuários devido à necessidade de ouvir a opinião de quem efetivamente, usa o SUS.

Quanto à esta entrevista, os servidores acreditam que eles não conseguem avaliar a equipe e separar o que é da equipe e o que é da realidade do SUS, como a falta de recursos ou de infraestrutura, como se lê:

*Porque eles não conseguem entender até onde é algo que vai dos profissionais, do que você pode fazer por ele e do que, de repente, um insumo, um material, um medicamento que está em falta e aí o posto não presta, né, os profissionais não prestam porque não tem um remédio. Então, eles não conseguem separar tão bem, fazer a minha avaliação, eles vão fazer a avaliação dos profissionais daqui, está vai fazer com base de "ah, ela não me entrega gaze", não tem gaze para a gente entregar! Então vai fazer uma avaliação ruim, eles não conseguem ter essa divisão assim, do que vem de cima e do que é o nosso trabalho (AE 10.2B).*

*Não, eles avaliam bem, mas eles não são capazes de avaliar pontos positivos, isso é fato, tanto que toda avaliação do usuário ela é sempre catastrófica (M 5A).*

*Então é complicado, essa parte aí não é justa, vamos dizer assim, porque depende do dia que eles vêm, quem é o usuário. Tem usuário, por exemplo, que só reclama de tudo (AE 7A).*

*Eles vêm muito assim, por exemplo, "ah, não tem medicação, então o posto é ruim" e não interessa se o ACS está fazendo o serviço dele, a enfermeira está fazendo, eles pegam assim "ah não, é horrível" (ACS 3.2A).*

*Nosso trabalho é excelente até o primeiro não (ACS 9.2B)*

*População só fala o que convém para ela (ACS 12.2B)*

Assim como os gestores centrais e locais, que tem a mesma percepção:

*Talvez não tenha chego no refinamento que o usuário consiga traduzir a eficiência ou deficiência de um serviço (GNC 2).*

*Muitas pessoas ainda vão naquele "Ah, você acha que a unidade funciona bem? Não, eu estou esperando para fazer um ultrassom", que não é uma questão de responsabilidade só da unidade, e ele julga (GNC 4).*

*O usuário é imediatista, você pode estar fazendo um ótimo trabalho, mas se ele não consegue aquilo que necessita na hora, ele desmonta a unidade (GNL 1A).*

*Essa coisa de entrevistar o usuário, você nunca sabe quem vai estar na unidade naquele dia, e se aquilo que ele procurou ele não encontrou, como ele vai responder? (GNL 2A)*

*A gente ainda vê assim, se ele tem as necessidades dele atendida, a equipe é ótima a unidade é ótima. Se ela não tem as necessidades dele atendida a unidade não presta a equipe não presta (GNL 3B).*

Na visão dos servidores, os usuários se prendem ao espaço restrito micro de sua inserção na realidade da UBS, culpando as equipes por problemas que fogem daquilo que as equipes conseguem controlar e são de responsabilidade das gestões municipais ou de outras esferas do governo, como segue:

*Eu acho que eles não sabem as dificuldades, todas as coisas que acontecem. Eles não sabem que está faltando funcionário na recepção, que o sistema da internet é péssimo, só sabem que está muito cheio, que é o que eles mais falam, que a recepção é lerda, o que eles conseguem ver, mas ir atrás e tentar saber mais, eles não têm essa noção (ACS 6.1A).*

*Depende do dia. porque assim, aqui dentro da unidade o que precisa da unidade aqui está bom, a gente consegue dar uma devolutiva rápida para o cadastrado. Agora, o que não depende só do posto, uma marcação de especialidade, não. Porque tem cara que vem aqui todo dia reclamando que não sai a vaga do ortopedista. Não é culpa nossa! A nossa parte, posto de saúde, fez (M 4A).*

*Muita agente de saúde já não está indo mais nas visitas como ia com frequência por que? Porque a gente está aqui dentro digitando, entendeu? Muitos dos cadastrados não sabem o que a gente está fazendo aqui dentro (ACS2.2A).*

*Então a população não tem critério para poder avaliar o nosso trabalho, uma vez que eles nem conhecem o significado do que é saúde da família, o que é a atribuição de cada um dos profissionais, o que é que a gente faz (M 8B).*

*Eu acho que na hora de avaliar eles não sabem separar as coisas, não pesam que não é a gente que marca consulta e isso pesa muito contra a gente (ACS 11.5B)*

Na avaliação externa, foi observado, através da subdimensão Participação do Usuário e Controle Social se há canais de comunicação com os usuários e se existe Conselho local de saúde e outros espaços de participação social (Brasil, 2015).

No primeiro ciclo, a maioria das equipes recebeu nota mediana. No segundo, a maioria maciça das equipes obteve nota máxima e a maioria das equipes que contratualizou nos dois ciclos aumentou a sua nota do primeiro para o segundo ciclo. Isso demonstra que os mecanismos de controle social têm melhorado no município como poderemos perceber a seguir.

A dimensão denominada Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário foi construída para obter informações a partir de usuários do SUS (Brasil, 2013; 2015).

Frise-se que esta parte do instrumento é bem objetiva e proporciona juízo de valor em apenas uma questão que procura valorar como o usuário avalia o serviço da unidade que frequenta. Tal dimensão é dividida nas subdimensões: Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde; Acolhimento à Demanda Espontânea; Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado, que no segundo ciclo foi desmembrado nas subdimensões: Vínculo e Responsabilização; Atenção à Saúde da Mulher, Gestante e Criança; Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus); e Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário (Brasil, 2013;2015).

Na subdimensão Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde avaliam-se como o usuário percebe as suas condições de acesso no que se refere à distância da residência até a UBS; adequação do horário de funcionamento às necessidades dos usuários e as marcações de consultas (Brasil, 2013; 2015).

Guarulhos obteve nota mediana no primeiro ciclo para as equipes contratualizadas. Já no segundo ciclo, a nota recebida foi máxima demonstrando que os usuários entrevistados percebem a melhoria do atendimento neste quesito.

A subdimensão Acolhimento à Demanda Espontânea avaliou o tempo de espera para atendimento e a resolutividade das demandas trazidas pelos usuários (Brasil, 2013, 2015). Nesta subdimensão o município recebeu nota mediana no primeiro ciclo e acima da média no segundo revelando que a busca em superar as dificuldades neste quesito é percebida na melhoria do atendimento pelos usuários.

Na subdimensão Vínculo e Responsabilização avaliou-se a visão do usuário sobre a privacidade no consultório, a realização de exame físico na consulta, as orientações que são dadas ao usuário, se ele se sente à vontade e respeitado com os profissionais da equipe, se são sempre os mesmos profissionais que os atendem, se há visita domiciliar (Brasil, 2013; 2015).

Nesta subdimensão, as equipes receberam nota mediana para ambos os ciclos demonstrando que a forma do atendimento nas unidades ainda não apresenta a qualidade esperada, demandando que as equipes busquem a superação destes problemas através de planejamento e organização do trabalho.

A subdimensão Atenção à Saúde da Mulher, Gestante e Criança avalia como o usuário percebe o atendimento a estas demandas em relação ao tempo de espera para o atendimento, se já sai com a próxima consulta agendada, sobre o atendimento no consultório, receitas, exames e vacinas aplicadas, encaminhamentos, consulta para a criança até sete dias após o nascimento; o teste do pezinho foi realizado até sete dias de vida; se houve orientação sobre a alimentação

da criança até os dois anos de vida; se consegue atendimento para criança, na unidade, sem hora marcada (Brasil, 2013; 2015).

O município recebeu nota acima da média em ambos os ciclos demonstrando que o atendimento nesta demanda não é ruim, mas necessita melhorar.

Na subdimensão Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) foi avaliado se o usuário realiza acompanhamento por uma destas condições e ações dentro da consulta (Brasil, 2013; 2015).

Guarulhos recebeu nota mediana no primeiro ciclo e acima da média no segundo ciclo demonstrando que os usuários percebem melhora no atendimento de um ciclo a outro necessitando ainda superar dificuldades.

A subdimensão Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário foi avaliado a percepção do usuário quanto às instalações das unidades, medicações, possibilidade de mudança de equipe; avaliação do cuidado recebido por ele e seus familiares; se existe ouvidoria e conselho local de saúde e a satisfação com o serviço e com os profissionais da equipe (Brasil, 2013; 2015).

Nesta subdimensão, o município obteve nota mediana no primeiro ciclo e nota acima da média no segundo demonstrando que os usuários percebem uma melhora nos canais de comunicação e de participação social no município, o que é demonstrado na nota máxima dada a este quesito na dimensão IV. Realmente, como percebido e anotado no diário de campo, o que é muito relatado no município era, à época da pesquisa de campo, a força do Conselho Municipal de Saúde e o quanto os conselhos locais funcionavam como espaços de participação da sociedade. Inclusive os servidores de nível central relatam que o Secretário de saúde, na época, abriu um momento semanal para receber usuários e funcionários com hora marcada, em seu gabinete, para ouvir as manifestações dos munícipes acerca da saúde.

Tenho isso em mente, confrontamos à opinião dos servidores com as notas dadas pelos usuários, mediana no primeiro ciclo, e acima da média no segundo. Nesse momento as equipes participantes dos GF surpreenderam-se pois não tiveram acesso aos relatórios descritivos até o momento. É prescrito que uma equipe que é avaliada, necessita ter uma devolutiva acerca de seus resultados de forma detalhada, algo que o município até o momento não havia enviado para as equipes.

Nesse sentido, há a importância de os usuários conhecerem a realidade de trabalho das unidades, entendendo como é o funcionamento do serviço objetivando uma melhor avaliação

da realidade vivida e do seu entorno. Muitos dos servidores acreditam que deveria haver uma EP da população como parte do rol de atribuições das equipes de saúde, como se lê a seguir:

*Educar a população. Eu acho que assim, o que falta muito nas unidades é isso, e aquela coisa passar para a população o que realmente é o PSF, como que é o trabalho entendeu? Porque às vezes o próprio cadastrado não sabe direito e a gente fala, mas assim, eu acho que a unidade também teria que fazer isso junto (ACS 2.1A).*

*Eu entendo que é necessário sim que o usuário nos avalie exatamente por conta dessa dimensão de que o SUS é uma coisa que nós construímos juntos. Não é assim "ah, eu sou da prefeitura e a gente leva o SUS para vocês", não, pelo contrário! (M 8B).*

*Eu acho que um espaço para isso seria a reunião do conselho gestor (E 9B).*

Posição esta defendida também pelas gestões, como se lê abaixo:

*Todo ano a gente capacita nossos conselheiros em todo novo mandato, a gente não tem medo de empoderar nossos usuários (GNC 3).*

*Acho que educação é uma coisa que vem devagar, ninguém é tão ignorante que não aprenda as coisas (GNC 5).*

Algumas equipes já estão colocando isso em prática como as equipes da UBS 3 que tem realizado reuniões periódicas com os usuários objetivando “o entendimento do que é a saúde da família e que eles construam o sistema de saúde” (M 3B) em parceria com os profissionais de saúde.

A impressão que os servidores têm sobre os usuários pode ser explicada pelas reclamações constantemente recebidas, pelo constante boicote das mídias ao SUS, porém, pode-se perceber que, no instrumento para a avaliação externa aplicado aos usuários (Brasil, 2012; 2013; 2017), a forma como as perguntas são colocadas impede que essa visão mais geral seja expressa pelos usuários e suas respostas estejam ligadas apenas ao respeito com que a equipe os trata, ou à forma de acesso à UBS, como se pode perceber em algumas perguntas retiradas do instrumento de avaliação externa proposto pelo MS:

Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde? Chegar até essa unidade de saúde é muito fácil/ fácil/ razoável/ difícil/ muito difícil?  
O horário de funcionamento desta unidade atende as suas necessidades?  
Quando o(a) senhor(a) vem a esta unidade sem hora marcada o senhor é recebido muito bem/ bem/ regular/ ruim/ muito ruim?  
Quando é atendido (a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?  
O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações?  
O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?  
Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?  
Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?  
Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?  
Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde? A Unidade é distante da casa do senhor / Horário de atendimento não atende às necessidades / Porque não

consegue atendimento / É mal atendido / Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores.

Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a)/ sua família recebe da equipe de saúde é: muito bom/ bom/ regular/ ruim/ muito ruim

De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo médico / enfermeiro/ técnico de enfermagem/ ACS/ recepção/gerente?

Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?

Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue? (BRASIL, 2013)

Os instrumentos dos três ciclos do PMAQ-AB utilizam dos mesmos questionamentos. Também existem critérios para a escolha dos usuários que serão entrevistados. E os critérios são os mesmos em todos os ciclos. São entrevistados quatro usuários por equipe e que não tenham realizado consulta com médico ou enfermeiro no dia. São critérios de exclusão: o usuário ser menor de 18 anos, estar na unidade pela primeira vez ou não ter comparecido à unidade nos últimos doze meses. A nota utilizada para fins de certificação, foi uma média entre todos os usuários entrevistados, portanto, a nota dos usuários é o resultado municipal, e não apenas de uma única equipe (Brasil, 2012; 2013; 2017).

De acordo com os relatórios disponibilizados pela SMS, no primeiro e segundo ciclos, nenhuma equipe de Guarulhos teve desempenho insatisfatório na avaliação do PMAQ-AB garantindo que, minimamente, houvesse manutenção dos valores recebidos pelo município do MS.

Já no terceiro ciclo houve um grande número de equipes desclassificadas na avaliação externa por motivo de falta de cadeira odontológica (Brasil, 2019) tanto em Guarulhos quanto outras equipes pelo país gerando muitas reclamações e acusações ao MS de erro na certificação, segundo informações que circulam nas redes sociais. Diante disso, o MS fez uma correção informando que as equipes desclassificadas deveu-se ao fato de não terem aceitado responder à avaliação externa o que pode significar que a equipe não possuía profissional de nível superior para receber os avaliadores e isso para nós soa estranho, pois a avaliação externa não é realizada de surpresa, ela deve ser agendada com os gestores municipais. Além disso, espanta a quantidade de equipes desclassificadas, na ordem de 2642 equipes dentro de um total de 34774 equipes certificadas (Brasil, 2019), configurando 7,5% das equipes brasileiras!

Abaixo, as tabelas mostram a nota da certificação das equipes contratualizadas em Guarulhos nos três ciclos do PMAQ-AB.



**Tabela 2:** Certificação das equipes de AB do município de Guarulhos no 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB

DESEMPENHO	Equipes de AB			
	Ciclo 1º		Ciclo 2º	
	Nº	%	Nº	%
Muito acima da média	21	47,73	17	20,99
Acima da média	20	45,45	37	45,68
Mediano ou abaixo da média	3	6,82	27	33,33
<u>Insatisfatória</u>	0	0	0	0
<u>Desclassificada</u>	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatório descritivo do PMAQ-AB

Dentre as 44 equipes avaliadas no primeiro ciclo, cinco não foram contratualizadas no segundo ciclo, 27 caíram em conceito, nove mantiveram as mesmas notas nos dois ciclos e apenas 3 melhoraram sua nota geral.

**Tabela 3:** Certificação das equipes de AB do município de Guarulhos no 3º ciclo do PMAQ-AB

DESEMPENHO	EQUIPES DE AB	
	Nº	%
Ótimo	1	1
Muito Bom	20	16
Bom	29	24
Regular	26	21
Ruim	3	2
Desclassificada	24	20
Não certificada ainda	20	16
<b>Total de equipes certificadas</b>	<b>103</b>	<b>84</b>
<b>Total de equipes contratualizadas</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

Fonte: Brasil, 2019

Já no terceiro ciclo, os critérios adotados nas avaliações sofreram mudança.

Conforme mostra a tabela 3, das 123 equipes contratualizadas, 20 ainda não foram certificadas e os resultados se dividiram, principalmente, entre a quantidade de equipes desclassificadas (24); Regulares (26) e Boas (29). Apenas uma equipe foi classificada como ótima. As equipes com essa classificação, alcançaram os padrões estratégicos propostos pelo PMAQ-AB. Em conversa informal com os gestores centrais, no ano de 2016, relataram que o município não pretendia investir nestes padrões e já previa poucas equipes nessa classificação.

Comparando os três ciclos, percebemos que apenas 30 equipes foram avaliadas nos três ciclos, 5 equipes participaram apenas do 1º e 3º ciclo, 28 equipes participaram apenas do 2º e 3º ciclo, 40 foram avaliadas somente no 3º ciclo e 20 ainda não avaliadas no 3º ciclo. Dessa forma, demonstra-se uma dificuldade na constância da avaliação ao longo do tempo quando pensamos numa realidade municipal, afetando as informações em saúde.

Sobre as notas recebidas pelas equipes, algumas percebem como a realidade de trabalho e a infraestrutura para atuação da equipe influenciaram nas notas, como segue:

*A nossa equipe pegou muitas notas satisfatório e plenamente satisfatório porque são vários quesitos. Nenhum quesito insatisfatório, nenhum. Nós não pegamos o plenamente satisfatório em tudo, porque nós ficamos uns espaços sem dentistas, outro espaço sem enfermeira, sem médico, isso conta muito. Mas no quesito organização e os indicadores de quem permaneceu na equipe, foi plenamente satisfatório e foi uma equipe que teve um desfalque. O Ministério da Saúde entendeu que os critérios foram atendidos, eles auditaram armário, prontuário, entrevistaram paciente, desceram na rua. Então não foi mentira, nós trabalhamos muito (ACS 11.5B).*

*Mas depois de tudo pronto, eu mesma percebi que era necessário, porque o trabalho tem que ser visto, tem que ser reconhecido, você trabalha, trabalha e acha que está tudo do mesmo jeito e a partir dessa avaliação você percebe que muitas coisas estavam boas, mas ainda precisavam melhorar e outras já estavam bem (E 13B).*

Outras equipes demonstram a sua frustração com a nota recebida, o que interfere no ânimo para o trabalho, como se lê a seguir:

*A gente veio abaixo da média, aí que desanimou mais ainda (AE 3A).*

*Foi mediana nossa nota, mas a gente ficou um tempo sem medico, sem enfermeira, sem dentista, então eu acho que foi só isso o caso de a gente ter caído nossa media, nossa classificação, mas a nossa equipe é uma equipe boa, a gente sempre está acima da média (AE 2A).*

*Nós fomos prejudicados, por mais que você tenha uma nota individual excelente você acabou sendo prejudicado por outros motivos, então isso desagradou muito os ACS, eu me dou tanto sozinha e na hora fui muito prejudicado (ACS 2.1A).*

Dentro desta fúria avaliativa, há denúncia, por vezes, de que algumas equipes, na avaliação externa, não são sinceras nas entrevistas realizadas, o que pode expressar pressão da gestão local, como segue:

*Modéstia à parte, a nossa equipe é redondinha, trabalha direitinho, faz fechamento todo mês e tal e a gente sabe, a gente conhece a área, mas a gente vê que tem equipe não é tão bem assim, muito fácil você sentar na frente do computador e colocara lá "eu faço isso, eu faço aquilo, eu faço aquilo" chega a visita do ministério e você fala pra moça "olha, tá tudo aqui" aí você ganha um excelente e aí a gente vai lá e fala assim "olha, a verdade é essa, a gente não teve perna pra fazer isso dessa forma, a gente fez isso assim porque não dava, porque a gestão estava complicada naquela hora" aí por você ser sincero na sua avaliação, tomamos na tarraqueta entendeu? A gente ficou como abaixo da média (M 5A).*

*Eles vieram ver prontuário e aí a gerente fez com que a gente deixasse alguns prontuários melhores para ser entregues. Foi meio mascarado (ACS 2.5A).*

*Na odontologia, olharam de gaveta em gaveta, o que tem e o que não tem, o que faz, como que esteriliza. Mas tinha tudo, porque estava preparado aguardando isso (ACS 2.2A).*

O que se mostra aqui é uma das limitações da avaliação condicionada ao pagamento de gratificação por produtividade. Por vezes os dados podem ser subnotificados ou superdimensionados e isso pode gerar uma falha na sua compilação. Isso demonstra uma falha quanto à transparência dos dados municipais o que pode levar à perda da dimensão do real monitoramento de dados locais.

A gestão central salienta que a avaliação externa pode ser útil para balizar o planejamento de ações futuras, como dito abaixo:

*Vamos pensar para uma UBS: quem era que respondia? Os enfermeiros ou alguns médicos. Será que a hora que respondeu, (ele) respondeu no contexto que o avaliador também entendeu que ele (o enfermeiro ou o médico) compreendia o processo? Então isso a gente viu. Primeiro, na unidade realmente todas as equipes trabalham da mesma forma? Às vezes não. Porque o trabalho está centrado no processo, mas tem pessoas envolvidas. Cada um, às vezes entende de uma forma, um trabalha de um jeito, outro de outro, enfim... A outra questão é o avaliador, porque não foi o avaliador por unidade, foi por equipe. A outra questão, será que na hora de me perguntar, será que conseguiu expor de tal forma que o avaliador conseguiu mensurar isso? Então foi um exercício muito interessante, e a gente aqui, falando pelo departamento, a gente acabou olhando um pouco isso para as unidades (GNC 4).*

Entendemos que do ponto de vista da importância da avaliação externa para ajudar na qualidade do trabalho, falta também uma devolutiva acerca das notas recebidas, pois saber apenas o conceito final da equipe em cada ciclo, não responde às indagações sobre pontos positivos e negativos e dificulta o planejamento das atividades realizadas no ciclo seguinte, como apontado a seguir:

*A gente vai para a devolutiva e eles apresentam os parâmetros gerais. É a única devolução que a gente tem. E isso muito tempo depois, porque a gente foi fazer essa devolutiva quase agora, há uns meses atrás, sendo que o final do segundo ciclo se encerrou o ano passado (M 2A).*

*Seria bom a gente ter essa devolutiva até para saber né, de repente, duas avaliações, uma a gente estava lá em cima e na outra lá em baixo? Onde foi o erro ali, o que se deu ali? (ACS 3.3A).*

*Como você vai saber no que você precisa melhorar e no que errou? (ACS 14.3B)*

As gestões locais informam que enviaram os relatórios e que este trabalho de devolutiva poderia ser feito dentro das UBS unidades, num diálogo diretamente com as equipes, como se lê:

*A gente tem um site em que a gente consegue visualizar, aí, quando a unidade entrava no site para poder responder o AMAQ-AB, ela conseguia ver como o relatório. Então, elas tiveram acesso. Se elas em si olharam, fizeram alguma análise, eu não sei (GNC 5)*

No geral, percebemos que o momento de avaliação externa do PMAQ-AB é muito pontual e não se baseia num olhar mais detalhado do trabalho das equipes de ESF por vezes não sendo um instrumento sensível às questões qualitativas.

#### **9.4. O Incentivo Financeiro Promovido Pelo PMAQ-AB**

Este item tornou-se necessário a partir das indagações e indignações dos servidores expostas por ocasião dos GF, quanto ao uso dos recursos públicos advindos do MS para o município pelo PMAQ-AB. Como já dito, tal recurso é condicionado à avaliação de qualidade expressa nas notas obtidas por cada equipe de ESF contratualizada no município.

Para tanto, discutiremos aqui como funciona o pagamento dos recursos, a partir da consulta aos canais de transparência do MS e da Prefeitura de Guarulhos e como estes recursos são utilizados pelo município.

O município de Guarulhos, de acordo com os critérios estabelecidos em lei, como já mostrado, recebe financiamento federal para o Setor de saúde tanto em valores fixos, quanto variáveis de acordo com pactos e metas realizadas, ou seja, o PAB fixo e variável.

No caso do componente PMAQ-AB do PAB Variável, o município recebeu verbas desde o final do ano de 2011 até 2018, conforme pactuação do PMAQ-AB desde seu início. Porém os dados públicos sobre o tema para o Brasil, só estão disponíveis até o ano de 2017 na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS.

O valor de referência para a transferência de recursos federais aos municípios dá-se pelo montante que será recebido por cada equipe, mensalmente, de acordo com o seu desempenho pós avaliação externa. O valor base do repasse mensal é de R\$ 8.500,00 por equipe de AB e de

R\$ 2.500,00 para equipe de Saúde Bucal (ESB) vinculada a uma ou duas Equipe de AB (EAB) (Brasil, 2012).

A adesão pelos municípios ao PMAQ-AB faz com que seja transferido 20% do valor integral fundo-a-fundo. Neste caso, R\$ 1.700,00 por EAB e R\$ 500,00 por ESB vinculada à uma ou duas equipes de EAB. Após a certificação, o município passa a receber, vinculado ao seu desempenho no PMAQ-AB: a) o valor integral em caso de nota muito acima da média; b) 60% do valor integral, no caso de a nota ser acima da média; c) manutenção dos 20% em caso de nota mediana ou abaixo da média e d) interrupção do pagamento em caso de nota insatisfatória desclassificando a equipe (Brasil, 2012).

**Quadro 9** – Valores anuais de repasse de verba federal para o município de Guarulhos de acordo com o Ministério da Saúde

<i>ANO</i>	<b>BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>COMPONENTE DE QUALIDADE (PMAQ-AB)</b>
<b>2011</b>	R\$ 47.720.433,04	R\$ 144.000,00 <sup>9</sup>
<b>2012</b>	R\$ 45.212.748,10	R\$ 2.994.00,100
<b>2013</b>	R\$ 51.891.601,04	R\$ 4.541.500,00
<b>2014</b>	R\$ 57.696.044,72	R\$ 4.665.791,63
<b>2015</b>	R\$ 58.893.945,04	R\$ 4.457.900,00
<b>2016</b>	R\$ 55.317.689,79	R\$ 4.626.208,35
<b>2017</b>	R\$ 53.364.902,87 <sup>10</sup>	R\$ 3.833.600,002 <sup>2</sup>

Fonte: SAGE, 2018

No ano de 2011, o município de Guarulhos recebeu R\$ 144.000,00 para os meses de novembro e dezembro, de acordo com a SAGE do MS (SAGE, 2018). Em 2012, este valor cresce para R\$ 2.994.00,100, pois coincide com a primeira certificação dos municípios pós avaliação externa. Esta divulgação de notas ocorreu em seis publicações do MS entre agosto de 2012 e setembro de 2013 (Brasil, 2019b). Como já dito, neste primeiro ciclo foram contratualizadas 44 equipes de saúde em Guarulhos.

No ano de 2011, a SAGE informa que foi repassado o valor de R\$ 47.720.433,04 para o município através do Bloco da Atenção Básica, conforme descrito na Introdução. Em 2012 esse valor foi de R\$ 45.212.748,10 (SAGE, 2018)

<sup>9</sup> Valores referentes aos meses de novembro e dezembro devido ao início do PMAQ-AB no país.

<sup>10</sup> Valores referentes aos meses de janeiro a novembro. Após esse mês não existem dados.

Em 2013, que contou com incremento dos recursos para equipes posteriormente certificadas, o montante recebido pelo MS foi de R\$ 4.541.500,00. Destaca-se aqui que neste ano iniciou-se o processo do segundo ciclo do PMAQ-AB em que foram contratualizadas 81 equipes de atenção básica, 42 equipes de saúde bucal e 6 equipes do NASF no município (SAGE, 2018). A novidade é que são incluídas as equipes de NASF, avaliadas separadamente das anteriormente citadas (Brasil, 2013). Para o bloco inteiro da Atenção Básica, foram repassados ao município R\$ 51.891.601,04 (SAGE, 2018).

Em 2014, o montante recebido foi de R\$ 4.665.791,63 pelo componente variável do PMAQ-AB. Em 2015, esse valor foi R\$ 4.457.900,00 (SAGE, 2018).

Foi somente em 2015 que o MS publicou a certificação das equipes no segundo ciclo do Programa. Mesmo o repasse não sendo anual, como previsto, o dinheiro foi continuamente repassado aos municípios, sem cortes. Para o bloco inteiro da Atenção Básica, foram repassados para a SMS de Guarulhos R\$ 57.696.044,72 em 2014 e R\$ 58.893.945,04 em 2015 (SAGE, 2018).

Em 2016 foram homologadas as equipes contratualizadas para início do 3º ciclo do PMAQ-AB, num total de 132 equipes. O montante de recursos transferidos foi de R\$ 4.626.208,35. Para a totalidade do Bloco da Atenção Básica, o valor foi de R\$ 55.317.689,79 (SAGE, 2018). Em 2017, a disponibilização de dados não apresenta o mês de dezembro e o montante repassado foi de R\$ 3.833.600,00. Para o Bloco da Atenção Básica, o valor foi de R\$ 53.364.902,87. (SAGE, 2018).

Percebe-se aqui a necessidade de agilidade, por parte do MS, da disponibilização de dados públicos acerca das transferências de recursos federais aos municípios de todo o país. Desta forma ações de controle social poderiam ser melhor realizadas.

Quanto aos dados de transparência disponibilizados pelo município de Guarulhos, no Portal da Transparência, são encontrados como fonte, um sítio dedicado aos dados de receitas e despesas públicas, sendo que o mesmo é de difícil compreensão para aqueles que não estão familiarizados com estas informações, ou seja, o cidadão comum.

A propósito, o Tribunal de Contas do Estado (TCE) ao analisar as contas municipais apontou que, apesar do município respeitar as leis de divulgação dos dados de transparência, estes são de difícil acesso e entendimento à população. Isso se apresenta em diversos pareceres do TCE ao longo dos anos (TCE, 2018). Como exemplo disso, não são encontradas informações do ano de 2012 quanto aos dados de receitas e despesas do município.

**Quadro 10** - Despesa e Receita anual do município de Guarulhos de acordo com o Portal de Transparência do município relacionados à Atenção Básica

<i><b>ANO</b></i>	<i><b>RECEITA</b></i>	<i><b>DESPESA</b></i>
<b>2011</b>	R\$ 46.590.000,00	R\$ 48.590.000,00
<b>2012</b>	XXX	XXX
<b>2013</b>	R\$ 49.283.196,94	R\$ 63.786.402,49
<b>2014</b>	R\$ 41.587.745,26	R\$ 46.402.793,95
<b>2015</b>	R\$ 56.500.752,92	R\$ 54.022.551,94
<b>2016</b>	R\$ 60.547.979,56	R\$ 57.738.000,42
<b>2017</b>	R\$ 56.086.580,25	R\$ 43.777.900,47
<b>2018</b>	R\$ 36.884.139,62 <sup>11</sup>	R\$ 28.766.693,10 <sup>11</sup>

Fonte: Guarulhos, 2018b

Em 2011, em Guarulhos, o valor da receita vinculada ao grande bloco de repasse para a AB foi de R\$ 46.590.000,00 (Guarulhos, 2018b) e as despesas declaradas e pagas com verba de repasse do grande bloco da AB foram de R\$ 48.590.000,00 sendo utilizada para: qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS; melhoria e ampliação da rede de atenção básica; desenvolvimento da rede e assistência farmacêutica na AB. Apesar disso, não são detalhadas quais as ações realizadas (Guarulhos, 2018b).

A partir de 2012 a obtenção de dados para o município ocorre mediante uma série de campos do sítio que devem ser consultados tais como: mês; função; Secretaria; seção e subseção, que se relacionam para fornecer os dados solicitados. Ocorre que, somente é possível acessar os dados do grande bloco da AB, mas não de seus componentes como o PMAQ-AB, por exemplo. Em 2013 a receita da AB foi de R\$ 49.283.196,94 e as despesas, R\$ 63.786.402,49. Em 2014, a receita vinculada à AB foi de R\$ 41.587.745,26, sendo que as despesas foram da ordem de R\$ 46.402.793,95. Já em 2015, a receita foi de R\$ 56.500.752,92 e a despesa de R\$ 54.022.551,94. A receita de 2016 para este bloco foi de R\$ 60.547.979,56 e a despesa, R\$ 57.738.000,42. Em 2017, a receita foi de R\$ 56.086.580,25 e a despesa de R\$ 43.777.900,47 (Guarulhos, 2018b). O mesmo Portal já citado, apresenta dados atualizados do ano de 2018 para os meses de janeiro a agosto em que a receita até agosto, foi de R\$ 36.884.139,62, com previsão até o final do ano de R\$ 61.109.000,00. As despesas executadas em 2018, com verba de repasses federais advindos da componente AB foram da ordem de R\$ 28.766.693,10 (Guarulhos, 2018b).

Pode-se perceber com os dados acima que o município atualiza com maior frequência o seu Portal de Transparência, porém, em comparação com os valores obtidos pelo portal do MS,

<sup>11</sup> Valores referentes aos meses de janeiro a agosto.

há diferença na informação, porém o sítio do município apresenta diversas dificuldades de se chegar ao montante de valores recebidos e gastos na AB.

A Lei de diretrizes orçamentárias e os planos plurianuais do município são documentos públicos que declaram quais são as ações futuramente realizadas para a melhora da qualidade da AB. Dentre elas estão: diminuição da mortalidade infantil; ampliação do número de médicos residentes; investimento no aprimoramento da Gestão do SUS, para garantir o funcionamento da gestão participativa, gratificar trabalhadores, construir e reformar UBS, construir academias de saúde, dar capacitação aos servidores e aumentar a cobertura populacional em atendimentos da Atenção Básica (Guarulhos, 2018e). Tais ações aparecem em todo recorte temporal de 2011-2018.

Mesmo que não haja descrição exata de como os recursos do PMAQ-AB são empregados em sua totalidade, parte deles é usado para justificar o pagamento de gratificação dos trabalhadores conforme prevê através da Lei Municipal 7252, de 10/04/14 (Guarulhos, 2014). Esta visa repassar parte dos recursos recebidos pelo município através do componente de qualidade do PAB Variável como forma de valorizar os trabalhadores da saúde que cumprirem com suas metas de acordo com os critérios publicados (Guarulhos, 2014).

#### **9.4.1. Gratificação pelo alcance de metas.**

A referência ao alcance de metas passou a ser um mantra na gestão pública em saúde a partir dos anos 1990 (Lacaz; Goulart; Junqueira, 2017). Isto se expressa na fala abaixo do gestor de nível central da SMS de Guarulhos:

*Eu acho que tomou uma proporção desnecessária para você correr atrás de metas, metas, metas e não de qualidade, porque por trás disso vem verba. Então tudo que envolve dinheiro faz você correr muito e ter um desgaste desnecessário (GNL 2A).*

A lei que instituiu, em Guarulhos, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, Lei 6.359 foi promulgada em 2008 (Guarulhos, 2008) e alterada pela Lei nº 6.820 de 2011 (Guarulhos, 2011b) e já previa o incentivo aos trabalhadores por alcance de metas.

Art. 32. Fica instituído o Prêmio de Incentivo por Alcance de Metas, correspondente a, no máximo, 10% (dez por cento) da respectiva referência e grau, a ser paga aos integrantes das equipes (Guarulhos, 2011b).

Tal fato é anterior ao PMAQ-AB e demonstra a preocupação da SMS com tal assunto. Foi realizado extenso estudo da viabilidade da gratificação aos servidores pela SMS e seus



resultados foram apresentados aos gestores de nível central e Secretário Municipal da Saúde com objetivo de tornar essa gratificação uma lei.

O projeto de lei, posteriormente transformado na Lei 7252/2014 (Guarulhos, 2014) informava que fariam jus à gratificação os servidores públicos da administração direta e municipalizados que prestam serviço nas UBS do município, em parcela única, de acordo com critérios de avaliação estabelecidos no PMAQ-AB (Guarulhos, 2014). Ademais, a distribuição dos recursos no primeiro ciclo seria de 20% do total recebido em gratificações aos servidores e 80% destinados aos encargos trabalhistas provenientes do incentivo e para a melhoria de saúde do município. Já no segundo ciclo, 40% do total recebido foi pago em gratificações aos servidores e 60% destinado aos encargos trabalhistas provenientes do incentivo e para a melhoria de saúde do município (Guarulhos, 2014).

O pagamento da gratificação foi feito por meio de cotas em que os servidores que compuseram uma equipe contratualizada receberam uma cota e os que não compuseram equipe contratualizada, meia cota<sup>12</sup>. O percentual deste repasse foi proporcional, de conformidade com os critérios a saber (Guarulhos, 2014):

- 1- Pertencer a uma equipe contratualizada; incentivo pago conforme a classificação de desempenho;
- 2- Não ser de equipe contratualizada mas trabalhar em unidade com uma equipe contratualizada, de acordo com as cotas mencionadas anteriormente;
- 3- Não ser de equipe contratualizada mas trabalhar em unidade com mais de uma equipe contratualizada, o valor será pago de acordo com a média da classificação das equipes da unidade;
- 4- Se divide sua carga horária em mais de uma unidade de saúde, o valor será dado pela média alcançada nas suas unidades;
- 5- Se pertencer a UBS sem equipe contratualizada, fará jus à gratificação somente na segunda etapa do pagamento conforme classificação alcançada na avaliação realizada pela Secretaria da Saúde do Município.

Além disso, foram previstos na Lei os descontos legais sobre o valor recebido pelo servidor e a possibilidade de não recebimento do valor em casos de: rescisão de contrato; suspensão; advertência em prontuário; afastamento com ou sem remuneração; licenças médicas, inferiores há quinze dias, a partir do terceiro período; licenças médicas, superiores há quinze dias; faltas injustificadas, a partir da segunda ocorrência; meia falta injustificada, a partir

---

<sup>12</sup> Tal valor não foi explicitado nas portarias tampouco informado na coleta de dados em campo.

da quarta ocorrência. O pagamento proporcional ao servidor ocorreu quando o servidor estivesse em: licença maternidade; licença adoção; transferência de local de trabalho superior a trinta dias; ou recém-admitido (Guarulhos, 2014).

A tabela a seguir mostra um parâmetro da verba a ser paga em forma de gratificação para os servidores que fazem jus.

**Quadro 11** - Base para aplicação do Incentivo Financeiro do PMAQ-AB/AB

	1º ciclo (nov/11 à dez/12)	2º ciclo (jan/13 à dez/13)
<b>Unidades de Saúde</b>	19	68
<b>Equipes contratualizadas</b>	44	81
<b>Nº servidores envolvidos</b>	790 (aprox)	3.200 (aprox)
<b>Valor total do repasse PMAQ/AB</b>	R\$ 3.138.100,00	4.256.400,00
<b>Percentual destinado ao incentivo financeiro</b>	20% do total	40% do total
<b>Montante para distribuição em sistema de cotas</b>	627.620,00	1.702.560,00

Fonte: Guarulhos, 2016.

Do que foi acima apontado, percebe-se a falta de transparência no que se refere ao cálculo do pagamento da gratificação de cada servidor.

Outros municípios brasileiros também optaram por realizar, uma vez aderidos ao PMAQ-AB, realizar pagamento de gratificação aos seus servidores em diversos formatos.

A cidade de Antônio Carlos, em Santa Catarina, através da lei nº 1526 de 2017, instituiu a gratificação aos servidores das equipes de saúde da família mensalmente com 50% do montante transferido do MS para o município e o restante para melhorias da Atenção Básica (Santa Catarina, 2017)

Já o município de Osório, no Rio Grande do Sul, optou por realizar pagamento em cota anual sendo que 25% do montante recebido será destinado à Atenção Básica, 25% para manutenção e melhorias para as unidades contratualizadas com o PMAQ-AB e 50% ao pagamento de gratificação aos servidores do município condicionado a que o servidor não tenha nenhuma falta injustificada e nenhum afastamento superior a 30 dias, exceto férias (Lexml, 2015)

O que se percebe através da voz dos servidores é que a lei municipal foi pensada após o início do PMAQ-AB e, assim, as regras para receber ou não a gratificação foram tornadas públicas depois que o primeiro ciclo já havia acontecido, causando um sentimento de injustiça

já que quando da adesão ao programa, lhes foi dito que a equipe receberia o mesmo valor de acordo com a sua nota e não condicionado a faltas justificadas ou médicas.

*E eles tinham falado que ia ser divisão, ia ser para todo mundo igual. Então quando veio, além deles terem tirado um monte de gente por causa de atestado, por causa de licença, eles ainda pagavam totalmente diferente do que eles tinham prometido. Foi só uma ilusão. Esse PMAQ-AB foi só uma ilusão para você trabalhar o dobro (ACS 10.4B).*

*Essas unidades que foram pactuadas receberiam o incentivo, vamos dizer, se atingissem as metas, e até então esse dinheiro nunca veio, a gente só escutava falar que esse dinheiro existia, mas eles mesmo nunca tinham informação e só cobravam o PMAQ-AB (ACS 6.2A).*

O que sustenta a indignação dos servidores é o fato de que a publicação da Lei 7252 em 2014, ocorreu três anos **após** o início da implantação do PMAQ-AB no município.

Para a gestão da SMS uma explicação do motivo pela demora na publicação da lei está relacionada ao tempo de negociação entre o Executivo e a Câmara de vereadores até a aprovação do projeto de lei, como se observa nas falas a seguir:

*Não foram informadas, houve uma conversa interior, que demorou muito tempo porque precisava ser feito um projeto de lei, e também tem aquela negociação né, não é uma coisa que saiu pronta e os vereadores colocaram em pauta. Tinha que ter um desenho, então assim, teve um processo todo de discussão, principalmente da gestão e depois foi publicado no diário oficial e todo mundo ficou sabendo as regras da gratificação. Agora a gente já pensou em fazer alguns acertos dada essa experiência e de como que isso repercute, porque também a intenção da gratificação é motivar o profissional (GNC 1).*

*Foi um grande debate na mesa de diretoria, para que isso viesse para o trabalhador, uma conquista para os trabalhadores de Guarulhos e depois, entenderam que não só para os trabalhadores que estavam contratualizados, mas para toda a atenção básica (GNC 4).*

Por seu turno, os servidores apontam a falta de informação sobre como seria realizado o pagamento desta gratificação, como se lê:

*E assim, então, isso acabou incentivando mais, óbvio né. Então ia a todo vapor e a gente alcançando metas e tudo. Aí depois que foi, quando deu tempo da verba...que eles demoraram a efetuar o pagamento começaram a cortar, apareceu um monte de coisa (AE 10.1B).*

*Quando foi apresentada essa proposta que ia vir esse dinheiro, eles falaram que iam fazer um método proporcional, porque também não era justo, o que foi explicado assim, por exemplo, eu sofri um acidente e eu fiquei 3, 4 meses afastada. A minha colega teve que cobrir a minha área e a dela e então esses 4 meses atrapalharam nos meses, não foi proporcional tipo, 3 dias, ou 2 atestados no mês ela perde o PMAQ-AB, não foi falado nada disso, entendeu? Eu tomei uma advertência e não recebi. Um trabalho de um ano eu me ferrei num dia. Esse critério foi acrescentado depois (ACS 14.3B).*

Mais ainda: não sabem informar como o valor do pagamento é calculado.

*Na verdade, a gente não sabe nem como o cálculo é realmente feito, em cima do que, porque, como, quando... esse valor que foi referente a 2 anos, mas eles pagaram num montante só (ACS 1.2A).*

*Ninguém sabia o valor, como foi calculado, se teriam muitas a serem atingidas, então você ficava, eu esqueci como que era, se era bom, ótimo, acima, tem um negócio assim, isso a gente sabia, agora como eles calcularam quanto viria não (M 4A).*

Quando perguntado aos gestores de nível central sobre o cálculo da gratificação, não houve uma resposta esclarecedora e também não foram encontrados documentos oficiais, nem no Portal da Transparência municipal as informações sobre como esse valor foi calculado individualmente considerando os critérios da lei. Apenas foi justificado o porquê de o pagamento ser em parcela única e não mediante parcela mensal como em outros municípios brasileiros. Uma tentativa de explicação da gestão de nível central é expressa a seguir:

*Primeiro que talvez mensalmente não ia dar impacto nenhum para cada trabalhador, daí teve vaias propostas, que ia ser semestral, trimestral, e ficou uma parcela só anual. E também tem outras preocupações que quando a gente faz esse cálculo se eu tenho como benefício o trabalhador, eu, na hora que eu faço a gratificação e ele entra numa outra faixa do imposto de renda, e aí ao invés dele ser gratificado ele sai lesado, então também tem essa preocupação, até na escolha do mês de referência e importante ele não está vinculado, por exemplo ao decimo terceiro, que normalmente aumenta um pouquinho. Então fazer isso e depois dividir mensalmente também era bem complexo. Tem uma questão de logística ali pois Guarulhos é muito grande, então para fazer tem todo esse complicador. E assim, gerar um trabalho mensalmente para outra secretaria, tem toda uma negociação também, você faz um projeto aqui que vai demandar para outra secretaria, como que isso repercute, então tem toda essa negociação de valor, de logística, de conversa Inter setorial, todo esse processo (GNC 2).*

Sobre o pagamento acerca do primeiro ciclo, assim se pronunciaram os servidores:

*Então, essa questão de atestado realmente foi um absurdo porque "ah, você não pode pegar 3 atestados até quinze dias, ou se você pegar um de um dia ou três de um dia, você já perdeu" entendeu? Então quer dizer, você não pode ficar doente (AE 10.1B).*

*Depois, porque eles não queriam pagar. Na verdade, eles queriam roubar tudo para eles. Por isso foi depois dessa lei. Além de pagar atrasado, muita gente não recebeu. Muita gente mesmo. Isso tira o incentivo de qualquer trabalhador. Porque você está ali cumprindo metas, correndo, correndo para tirar aquilo que vai vir não vem, além de não chegar no tempo certo né, porque eu não sei o que eles fazem com esse dinheiro que chega para eles. Eu sei que eles usam em alguma coisa (ACS 10.5B)*

*E a área toda tinha alcançado a meta. Tanto é que eles puseram acima de ótimo no papel que eles mandaram, puseram que a nossa área estava acima de ótimo. E eu não recebi dez centavos (ACS 10.4B).*

*Quando eles falaram do incentivo e que a gente ficou superfeliz, falaram que valia para os ACS, porque na verdade o levantamento básico mesmo de todo esse programa, a sustentação desse programa são as ACS. Então o incentivo de uma certa forma, é para as ACS, porque eles que vão trazer toda essa demanda toda de informações. Era para a gente começar a fazer no começo do ano e falou que se*

*chegasse no final, ia ter avaliação, e aí no começo do ano a gente receberia esse dinheiro. E não foi isso o que aconteceu (ACS 14.2B).*

Ademais, a temporalidade dos pagamentos relacionados com os critérios para recebimento da gratificação tornou-se mais rígida de um ciclo para o outro, como expressam as falas:

*Com o passar das pactuações vai ficando cada vez pior. A primeira pactuação demorou quase 2 anos para a gente receber, e aí a prefeitura inventou um monte de regras em cima disso, porque não foram passadas para a gente. Na minha opinião, uma coisa que não tem cabimento, se você tem um atestado, ou uma falta, você perdeu um trabalho que você fez um ano inteiro? Então eles usaram para dar uma rasteira em todo mundo. E assim, o segundo acho que ainda foi pior e eu acho que o terceiro ainda vai ser pior, a gente espera o pior (ACS 14.2B).*

*Fora que a gente está sempre dois anos atrasados, sempre devendo dois (ACS 11.2B).*

*A gratificação foi uma coisa assim, que no primeiro momento parecia que seria bom para nós, trabalhar a mais para receber mais só que isso foi só no primeiro momento, nós fomos iludidas na verdade. E quando foi efetuar o pagamento, quem tinha 3, 4 atestados não poderia receber, veja bem o porquê: eles colocaram 2 anos, quer dizer, demorou muito para pagar (ACS 8.2B).*

*O dinheiro não vinha, "ah, você não vai receber porque você faltou muito, você tem muito atestado..." enfim, os que iam receber, os que não iam receber e aí os que não receberam ou iam receber metade foram atrás para saber o porquê, aí ficaram sabendo que porque deu atestado, porque faltou (ACS 4.1A).*

Por mais que a gratificação seja relacionada com a nota dada à equipe, o pagamento do incentivo foi individualizado de acordo com as regras já descritas anteriormente, o que, para os mesmos não é justo:

*O que eu discordo no programa e discordo e vou levar até o fim, se a importância é que os indicadores, os programas sejam atendidos desde que o funcionário cumpra com as atividades independentemente dos atestados, eu acredito que a gratificação deveria vir e não é assim que funciona no programa, certo? (ACS 11.3B)*

*Tem colegas aqui que ficaram 6 meses fora, de atestado. Cumpriram a meta? Não e receberam integral e eu que entreguei 3 atestados na época, no primeiro ano, 3 atestados porque nós não estávamos bem mesmo, de um dia, perdeu (ACS 11.3B).*

*Esse período agora, o último do segundo foi muito ruim porque parece que eles juntaram dois períodos e ficou muito longo para poucos atestados. Então teve muita gente que perdeu por conta disso, que era um número x de atestados e perdeu. Aí teve muita gente superenvolvida naquele trabalho e por conta daquele atestado. A gente sabe quando um profissional tem a mão leve né, não trabalha, não se envolve né, e você sabe aquele profissional que põe a mão na massa, que quando ele está bem, ele trabalha né, consegue produzir muito e se envolve. Então a gente teve muitos profissionais que não receberam por conta do atestado porque estava de fato doente né. Tive um funcionário que teve pneumonia, e é um, uma profissional supercompetente que se envolve mesmo e eu fiquei muito triste por ela não ter recebido (GNL 3B).*

*O critério não ficou bem claro. Aqui houve uma insatisfação muito grande das meninas que eu percebi, e aí até quando você traz uma nova proposta de PMAQ-AB*

*para o ano, eles não querem. Teve gente que ficou seis meses, de um atestado e recebeu. E quem deu três dias de atestado, três atestados em três dias, perdeu. Então isso acaba que gerou uma insatisfação de grande parte das pessoas que não receberam (GNL 4B).*

*Mas o valor sempre é diferente, mesmo sendo dentro da equipe (ACS 1.4A).*

*Todos da equipe teriam que receber o mesmo valor e não um receber mais e o outro menos (ACS 2.5A).*

*Depois de muito tempo esse dinheiro veio, muito estranho, mas ele chegou, e aí tem aquela parte que a gente acha injusto, algumas pessoas não receberam, trabalharam a mesma coisa que eu, atingiram a meta a mesma coisa que a gente e não receberam (ACS 6.3A).*

*Então assim, como que você está fazendo algo para estimular a qualidade do trabalhador sendo que você trabalha o ano inteiro e porque você ficou 3 dias fora você não é digno de receber? A forma com que a saúde se encontra hoje você fica se perguntando onde está a qualidade, você não consegue enxergar (E 6A).*

Questionam os critérios do repasse de forma que os funcionários da mesma equipe não recebem o mesmo valor:

*É muito injusto quando vem a divisão e a equipe que está do lado que faz o mesmo trabalho que você faz, recebe o dinheiro o dobro, o triplo maior que você e você recebe menos (AE 5A).*

*Só que numa equipe com seis agente de saúde - que esse ano eles pagaram primeiro os agentes de saúde - que todas cumpriram praticamente as mesmas metas de visitas, do que pede lá no PMAQ-AB, uma equipe recebeu menos e a outra recebeu mais. Então assim, então não é por equipe é individual e tem gente que não recebeu nada. Então assim então isso é individual, só pode ser individual, não é por equipe. E se você coloca, implanta um programa que você vai avaliar a equipe e você vai avaliar a atenção básica num todo, então você não pode avaliar as... o profissional individual. Se avalia a equipe, se a equipe atingiu aquela meta que foi proposta, mas, porém, não é assim (AE 10.2B).*

*Se o funcionário atinge meta, é claro que lá na frente não só nós fomos reconhecidos como o ministério, lá na frente, também vai reconhecer, esse PSF funciona... só que o que acontece, o funcionário fica doente, desmotivado, porque vê o outro receber. Isso é um critério que eles usam, muito falho (E 4A).*

E há uma percepção quanto a importância deste valor a mais no salário dos servidores, como segue:

*Porque o dinheiro é muito bom, isso é ótimo, quando vem (ACS 10.5B).*

*Teve pessoas que receberam 900 reais, então é um dinheiro significativo (GNC 4).*

*Porque você vê logicamente para quem ganha, vamos supor 1000 reais e você ganhar a cada 6 meses uma verba do PMAQ-AB de mais 1000 reais, o seu modo de vida vai mudar, você vai ter uma expectativa de melhorar as suas condições. Você pode programar um estudo com aquele dinheiro, então você trabalha satisfeita com aquilo, com essa motivação (AE 11.2B).*

Questiona-se o porquê do não recebimento da gratificação quando as metas foram atingidas mesmo havendo afastamento do servidor:

*O critério que eles usam, eu entendo, se eles falam que é por meta, você tem que atingir a meta, e eu trabalhei menos 4 dias e atingi a meta é porque eu sou muito boa, não é verdade? (Risos). Eu acho que não bate né, ou é por meta, ou é porque que é o PMAQ-AB, a gente tem que atingir as metas, então se as metas foram atingidas você tem o direito né de receber a premiação (ACS 13.3B).*

*Se você promete uma forma de incentivo, o funcionário vai trabalhar mais e mais e vai se preocupar mais em cumprir metas. Não é ideal, não é o correto? Não, mas é o que acontece. Se a pessoa vai ganhar, ela vai se dedicar mais para fazer, infelizmente é a realidade que a gente tem, então assim, prometer e não cumprir eu acho que fica ainda pior (M 11B).*

Acidentes de trabalho e dispensas amparadas na lei municipal também foram motivo de desconto, como é previsto na Lei nº 6.384 de 2008 (Guarulhos, 2008b) que dispensa, uma vez ao ano as servidoras para realização do exame de Papa Nicolau. Ocorre que, a lei, não menciona sobre perda de qualquer benefício e o custeio se dá por conta de dotações orçamentárias. Já na lei de gratificação do PMAQ-AB, não é mencionado se em caso de acidente de trabalho, o benefício é mantido.

*Quando a gente ganha um pouquinho a mais, fica mais contente, quem não fica? Só que ao mesmo tempo veio por terra, porque eu fiz tudo que tinha que ter feito, aí em determinado momento eu torci o pé e isso foi o que, um acidente que eu tive e depois meu pé continuou machucado, eu trabalhando aqui, entendeu? Aí eu forcei em determinado evento que eu fui e aí começou a doer, a doer, não teve jeito de eu ficar, eu tive que me licenciar. E a partir disso daí eu não consegui pegar o PMAQ-AB. Então aí a gente fica meio que chateada, porque eu me esforcei tanto e no fim por uma coisa que eu não escolhi, eu estava doente e eles me cortaram (ACS 1.3A).*

*Começaram a inventar critérios. Não ter falta, principalmente para as meninas, tiveram que fazer Papa Nicolau ficaram ausentes (ACS 1.5A). Mas agora vale, o Papa Nicolau é o único que não desconta, não pode (ACS 1.2A). É, mas o Papa Nicolau descontou (ACS 1.1A). Você tem que ir lá e reclamar (ACS 1.2A). As funcionárias mulheres têm o direito ao dia quando faz o papa, só que o dela foi descontado (ACS 1.5A).*

Em alguns casos, foi relatado que o critério não foi respeitado e mesmo assim não houve o pagamento da gratificação:

*Eu recebi do segundo ciclo. No primeiro como eu tive atestado de maternidade, eu fiquei fora. E a regra era receber 50%, mas eu não recebi. Mas as metas foram cumpridas, muito injusto (ACS 11.3B).*

*Teve gente que entregou um atestado de 15 dias, e as meninas colocaram 3 atestados de 1 dia, então são 3 dias. A que pegou de 15 dias, recebeu integralmente e a outra de 1 não recebeu, então é injusto (ACS 11.5B).*

O pagamento do segundo ciclo ocorreu em duas partes, e os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) ainda não haviam recebido suas gratificações e em todos os

momentos de reuniões com a gestão em nível central as respostas dadas sobre o assunto, inclusive sobre os critérios de pagamento e as injustiças percebidas pelos servidores foram evasivas:

*Só recebeu até agora agente comunitário e as auxiliares de enfermagem, agora, auxiliar de odontologista não recebeu, dentista, médico, ninguém recebeu nada até agora, e ninguém fala nada se vai receber, se não vai (ACS 1.4A).*

*Dinheiro a mais nunca é ruim. Passado o ano, atingiram as metas, ficaram acima, falaram o valor que ia vir, veio uma primeira parcela e nunca mais veio nada. Falou que até o final do ano chegaria e não chegou e falam que foi feito um depósito para a secretaria, mas não chegou para os funcionários. E isso aumenta muito a ansiedade do funcionário, falando que você vai ter uma bonificação, você faz aquilo, então você começa a produzir a mais do que a sua capacidade porque você sabe que você vai ser compensado por isso depois e depois não vem. Os ACS precisaram fazer paralização para poder receber (M 4A).*

Além disso houve diversos pedidos de recursos em que, curiosamente, a última resposta aos recursos foi o indeferimento da reclamação para todos os requerentes. Sobre o assunto, informante comentou sobre a comissão que analisa tais recursos:

*A comissão só se reúne quando vem o dinheiro, o RH faz os cálculos, as pessoas entram com recurso, sai no diário oficial quem entrou, quem não entrou e porque, e as pessoas tem o direito de não aceitar e esta comissão analisa estas justificativas. Então tem até um conselheiro municipal que faz parte, cada região tem o seu representante e o pessoal do RH. Tem casos que chocam e outros que sensibilizam, mas estão fora da regra (GNC 5).*

Foi a partir destes casos que se percebeu, no nível central da SMS, a necessidade de uma avaliação sobre os critérios para definição da gratificação, levando em conta a posição do sindicato dos servidores municipais:

*O sindicato disse que há um problema nessas regras. Neste momento estamos fazendo a alteração de como serão essas regras. E com a presença de um representante do conselho municipal e um representante do STAP, que é do sindicato, para ser cada vez mais justo, mais acertado (GNC 5).*

O Sindicato dos trabalhadores da administração pública municipal de Guarulhos (STAP) entrou, em 2016 com processo contra a Prefeitura Municipal de Guarulhos para que seja realizado o pagamento do incentivo aos profissionais de Ensino Superior. Em sua última decisão, a 10ª Vara do Trabalho de Guarulhos, em março de 2018, julgou que o município deve realizar o pagamento dos servidores pois, apesar de alegar que não tem recurso orçamentário para tal, recebeu integralmente todo o repasse do MS<sup>13</sup>.

Foi somente em novembro de 2018, que após negativa para recurso contra o processo pela Prefeitura, que se iniciou o processo de pagamento da gratificação do PMAQ-AB referente

---

<sup>13</sup> Ação Civil Pública na 10ª Vara do Trabalho de Guarulhos - Processo 1.001.677.23.2016.502.0320



ao segundo ciclo para servidores de nível superior. Até a finalização desta tese, o pagamento não foi efetivado (STAP, 2018)

Quanto ao pagamento referente ao segundo ciclo,

*Teve um tempo que a gente não recebeu e esse agora que a gente recebeu, descontaram até INSS da gente. Um absurdo (ACS 10.3B).*

*Em cima da gratificação eles calcularam os impostos, então a gente recebeu e dois meses depois descontaram da gente. Eu recebi 176 reais de salário aquele mês, e ninguém avisou a gente que isso ia acontecer (ACS 11.2B).*

*Então muita gente se desesperou, só estava com seu salário, você não recebeu aquele valor no mesmo mês. Então teve gente que se tiver empréstimo ficou sem salário mesmo (ACS 9.5B).*

*Um dia todo mundo acordou de manhã, o salário do ACS, coitado, não tem dinheiro. Aí viu lá, eu vi tanto dinheiro na minha conta, fiquei feliz. No outro mês, fiquei sem pagamento. Eu fiquei com uma raiva tão grande do PMAQ-AB (ACS 7.2A).*

Não foi a nota recebida pela avaliação do MS que causou qualquer movimento de alegria ou indignação aos servidores. Todo o processo se resumiu a receber ou não a gratificação, algo que, de acordo com o PMAQ-AB não é seu objetivo principal.

*Ficou essa decepção, embora as equipes tenham trabalhado muito para atingir essas metas, quando o resultado veio, foi catastrófico mesmo, porque além de a gente não ter a verba que eles tinham imposto que eles iriam repassar para nós, sabemos que essa verba veio, sabermos que essa verba foi usada por eles, mas não foi com a gente (ACS 11.2B).*

*A alegria é quando eles recebem, mas aí tem esse sofrimento como a menina te falou, eu trabalhei e de repente você teve lá um atestado, foi operada, eu acho que eles tinham que rever isso. Então essa pessoa que em algum momento ela não foi contemplada, ela nunca vai estar motivada (GNL 2A).*

Ainda assim, servidores da AB demonstram que o trabalho tem sido realizado sem contar com a gratificação, pois já imaginam que não conseguirão recebê-la.

*A gente não faz mais PMAQ-AB pensando na retribuição de dinheiro. Ninguém mais quer saber de dinheiro, se vier bem, se não vier bem também (ACS 14.5B).*

*Mas assim, nem penso em dinheiro, eu acho que nem deveria ter vindo com a história do dinheiro. Porque muitas pessoas só pensam no dinheiro e aí a desilusão foi grande quando viram que não receberam o dinheiro (ACS 9.4B).*

E todo este assunto tem sido silenciado, nas reuniões o tema do pagamento de gratificação é velado e não deve ser mencionado.

*Chamaram a chefia para acompanhar uma reunião com uma de nossas colegas que andou brigando por conta da gratificação, tudo para que ela ficasse quietinha (ACS 5.1A)*

*Já ouvimos falar que já é para chegar lá e não abrir a boca. Foram diretos que não era para tocar em assunto de dinheiro (AE 11.1B).*

A posição do município em gratificar apenas aqueles que não são faltosos, mesmo que estes tenham alcançado todas as suas metas demonstra a pouca importância dada à saúde dos trabalhadores, quando não considera que estar doente é legítimo e natural:

*Você não pode nem ficar doente senão você não vai receber (ACS 11.4B).*

*Então e vou ficar trabalhando doente porque senão eu não recebo esse PMAQ-AB? Se você ficar doente, você é um trabalhador da saúde, você fica doente e você ainda é penalizado por isso? (AE 1A).*

*Tem gente que falta e perde o benefício, tudo bem, ninguém está aqui só por dinheiro, só que eles prometem e a pessoa fica doente e não recebe? Isso é um absurdo (AE 2A).*

Avaliamos que o pagamento da gratificação deve ser muito bem planejado para que não afete o trabalho na ponta. E um formato mensal de gratificação pode ser mais justo quanto às diversas ausências dos servidores, como é realizado em outros municípios. (Barreto, 2015)

#### **9.4.2 - Utilização dos recursos para melhoria da qualidade da AB no município**

Como já dito, o recurso recebido do MS através do componente de qualidade do PAB Variável foi utilizado em parte para a gratificação de servidores como previu a lei 7252 (Guarulhos, 2014). O restante, descrito na mesma lei, deveria ser utilizado para a melhoria e qualidade da AB, porém nenhum dos entrevistados, seja da ponta, seja em nível central, soube informar onde foi aplicada, como se lê abaixo:

*A máquina é linda, a máquina tem um financiamento fantástico, era para estar sobrando, era para a gente estar com tudo completo, com um NASF lindamente por UBS entendeu? Onde vai parar essa grana a gente não sabe (M 5A).*

*Eles não deram nenhuma justificativa, e tanto é que quando receberam lá, falaram que era 26% só de repasse. E o restante, os 74% que sobrou ia para onde (AE 10.1B)*

*A gente não consegue ver como esse dinheiro é gasto (GNL 3B).*

*Está para ser feita uma reforma na unidade, mas eu não sei se essa verba tem a ver com o PMAQ-AB (GNL 1A).*

*Se veio algum retorno pra UBS, alguma melhoria material, desde que eu entrei aqui até agora está igual (M 2A).*

Sabe-se que a verba foi repassada ao município, mas não como foi utilizada, não havendo, portanto, transparência, como já dito, quanto à sua aplicação, para os servidores:

*Se fizeram algo nós não sabemos, ninguém chegou e falou que comprou ou arrumou qualquer coisa (ACS 14.4B).*

Alguns gestores souberam da utilização do recurso do PMAQ-AB, anteriormente à lei do repasse financeiro, através do próprio Secretário de Saúde na época.

*No primeiro ciclo o dinheiro veio, a gente não conseguiu repassar. Desde o início, como estava previsto, a gente falou a respeito disso e em determinado momento o secretário disse que o repasse já tinha vindo, mas que tinha sido aplicado na gestão da atenção básica, compra de equipamentos, dinheiro usado no bloco da atenção básica e não o repasse financeiro específico no holerite do trabalhador (GNC 4).*

Em reuniões de que participamos com as gestões centrais ou pela busca por informações pelos próprios servidores, foi dito que:

*Aí eu perguntei “cadê o dinheiro do nosso município?”, “é que foi investido em curso para vocês”, “foi? Eu não fui em nenhum desses cursos”. Se você não foi, não importa (AE 11.1B).*

*Depois até teve uma fala de quando veio a cobrança de que “ah, mas cadeira significa que a gente investiu em vocês, tem que ser adequado” “então senta no chão então porque se o dinheiro é meu eu que tenho de falar onde tem que investir né” (AE 11.1B).*

*Isso é a fato, não precisava colocar essa regra de atestado ou não, só que o nosso dinheiro foi empregado, que uma vez eu liguei na secretaria e a menina foi bem mau educada “o dinheiro já foi usado” e eu falei “ué, mas você usa o dinheiro dos outros? Porque não é teu.” Fizeram essas regras que eu não concordo, porque quando a gente pactuou não existiam essas regras, a única regra era chegar nas metas (ACS 11.3B).*

*Eu acho que esse dinheiro deveria voltar para a capacitação do servidor e eu não vejo isso (E 9B).*

Na gestão central, a falta de informação deve-se ao fato da verba transferida do MS vir em seu total, não especificando qual o montante refere-se a cada componente, porém ocorre que o MS detalha esta especificação, faltando ao município, a conferência destes dados.

*Quando vem para a atenção básica é difícil você conseguir detalhar todo o recurso né, porque ele vem para um fundo só. Então ele é dividido em blocos e dentro desse bloco o PMAQ-AB vem junto com todos os componentes variáveis. Posso até afirmar que certamente, de alguma forma ou outra, caiu na atenção básica para execução, porque está dado né, entre o programa, mas eu acho que não consegue detalhar aquele dinheiro. Ele não é uma verba carimbada digamos assim (GNC 3)*

*Seria legal para a transparência se o município colocasse “gente, compramos tantas balanças, tantos fios...”. Seria muito legal para os trabalhadores. A gente tem um jornalzinho do RH, que circula mensalmente, e aí poderia colocar isso, seria um grande baque (GNC 4).*

*A parte financeira não fica bem clara. E a dúvida: “para onde que esse dinheiro que viria para mim foi?” Porque a gente não viu melhoria em nenhum outro lugar. Não viu a aplicação (GNL 4B).*

O que se pode perceber é que a dificuldade na transparência das informações do MS na medida em que não divulgou os valores transferidos no último ano, contribuiu para que esse montante não seja efetivamente dividido entre os devidos componentes do PAB Variável nos

municípios. Porém, como o MS divulga uma nota com os valores mensais a serem pagos por equipe, Guarulhos poderia fazer uma prévia desses cálculos e justificar a sua utilização.

## 9.5. Trabalho, Saúde e Adoecimento

Para responder a um dos objetivos desta Tese faz-se necessário para além da discussão em torno da avaliação da implantação e implementação do PMAQ-AB, analisar como tem influenciado a saúde dos servidores que participaram da contratualização porque, afinal de contas, um Programa que busca a qualidade da AB deve observar também de que forma repercute na saúde dos trabalhadores que atuam na AB.

Buscou-se levantar quais dispositivos do município de Guarulhos cuidam da saúde de seus servidores, dando suporte para que suas demandas de saúde sejam percebidas e solucionadas.

Além disso, era importante levantar as necessidades dos trabalhadores da saúde, na medida em que se advoga que trabalhar nos serviços de saúde envolve uma realidade de sobrecarga de trabalho (Vechia, 2017).

Visto que o PMAQ-AB tem como objetivo melhorar o processo de trabalho das equipes, espera-se que haja apoio para as mudanças necessárias tanto nas condições quanto na organização do trabalho.

É perceptível, pelos servidores, que o PMAQ-AB auxilia na organização do trabalho, como segue:

*Teve um lado positivo também, a gente viu o que a gente fazia em números, ajudou a melhorar até a organização de documentação, que no final das contas todo mundo falou "nossa, é tudo isso, nossa, atingimos" (M 4A).*

*Ele é bom, dá para refletir na diretriz do planejamento anual, a organização ela é boa. Só que, assim, você não tem muitas ferramentas para o seu dia a dia (ACS 10.1B).*

*Eu acho que é mais pela organização do próprio trabalho, mais para você ter uma direção do que pode ser melhorado, porque tem muito ponto negativo e muito pouco positivo no PMAQ-AB (ACS 10.2B).*

*A diferença é que a gente não colocava no papel, não tinha essa forma sistematizada que tem agora, isso de forma de organização para nós foi melhor, porque a gente não tinha essa ideia de dar a nota, de avaliar, a gente conversava informalmente, tipo, "ah, não está dando certo isso, vamos fazer..." (ACS 12.1B).*

Porém as falas sempre vêm acompanhadas por certa limitação dos pontos positivos que o PMAQ-AB traz para o trabalho das equipes, geralmente relacionada às condições de trabalho em saúde existentes no município estudado.

Os gestores locais e centrais apontam os benefícios para maior uniformidade dos processos de trabalho no município como um objetivo comum, já que o PMAQ-AB tem as mesmas diretrizes para todos, como se lê a seguir:

*Eu sinto que com o PMAQ-AB todo mundo está trabalhando na mesma diretriz. Então eu acho que as equipes trabalham, mesmo com as diferenças, com as particularidades que cada uma tem, elas trabalham com um objetivo comum. Quando eu fui fazer a avaliação do segundo ciclo a gente ficou perdido, você via diferenças gritantes de uma unidade para outra, ou unidades próximas. Hoje não, hoje mesmo unidades distantes a gente tem o mesmo conceito de trabalho, a gente alinha o trabalho. Essa é a vantagem do PMAQ-AB, de estar com o trabalho alinhado. E todo mundo falando a mesma língua (GNL 4B).*

*Isso que é o legal do PMAQ-AB. Eu tenho que olhar ele para me nortear, mas eu preciso ter também a clareza do meu território. Acho que isso é processo de trabalho, você fez uma coisa, olhou praquilo, viu que precisava e de repente a gente já está dando conta de fazer isso. Que também é um jeito da gente trabalhar, de valorizar também a necessidade do outro (GNC 4).*

As UBS em geral têm uma atividade rotineira muito atribulada e em algumas delas, situadas em áreas periféricas, como a 10B, a rotina intensifica-se por não possuir em sua proximidade um hospital de referência, como segue:

*Não tem pronto socorro próximo, né, então vem para cá e vem de tudo mesmo, de coisas leves e tem coisas pesadas (AE 10.2B).*

*Faz parto, atende infarto, é óbito, atende tosse, é tudo (E 10B).*

*É péssimo porque não tem estrutura para isso e no final das contas quem se f\*\*\* é o médico que é o carimbo que está lá, porque o que você tem é pouco, e dizem 'ah que lindo tem carrinho de parada' Aqui oh, se você tem um carro de parada mas se você não tem estrutura você faz o que? Esse negócio aqui é que nem o negócio de acolhimento, que a gerente já veio conversar com a gente e já está dando jeito, pondo horário, não sei o que que é para educar a população é o seguinte: não é para trazer urgência pra UBS. Se tiver muito urgente, ok. Traz e a gente chama uma ambulância e manda para o hospital. Da o primeiro atendimento aqui, faz o que o socorrista da ambulância ia fazer, que não tem gente. Isso é proteção para a gente se sentir mais protegida para trabalhar. Pelo menos os médicos todos concordaram com isso (M 10B).*

No município estudado, nas Oficinas realizadas por ocasião do terceiro ciclo do PMAQ-AB, foi relevante a discussão dos agendamentos e o atropelo trazido pela demanda espontânea, o que foi colocado como papel do acolhimento como triagem para ajustar os casos pré-agendados e a demanda espontânea.

No caso UBS 4B tal questão foi enfrentada pela mudança do processo de trabalho que envolveu uma ação diferenciada de acolhimento na qual a prioridade foi dada aos casos urgentes

mediante classificação de risco *vis a vis* atendimento os pacientes pré-agendados; além da utilização da EP para a população na tentativa de transformar a percepção do modelo da AB como algo de caráter hospitalar, como segue:

*O acesso avançado é uma agenda aberta. Um dia da semana está com a agenda aberta desde que o paciente não seja grupo prioritário, ou seja, estamos dando as vagas para adultos que não tenham nada, que precisam de uma consulta, tem uma queixa mais momentânea, não tem nenhuma doença crônica. Porque no começo eu tinha muita vaga de adulto e resultado de exame, o que estava acontecendo? Um absenteísmo absurdo, porque o adulto que não tem nada, ele marca consulta na primeira semana do mês para o mês seguinte. E se ele não tem nada ele não vem. 15 faltas por sexta-feira e não dá (M 13 B)*

*Ofereço as vagas para os adultos, dou 20 vagas de manhã e 15 vagas a tarde, porque a tarde é só para resultado de exame. Então eu não marco, paciente que está com exame e quer me mostrar, chega aqui, pega uma senha e passa, atendido no dia. Isso ajuda bastante está, porque muitos encaixes que tinham eram justamente de adultos que não tinham nada e que faltavam, então a gente deu uma controlada legal no absenteísmo (M 14B).*

*Então a gente atende quem precisa, está com febre, é criança ou não sei o que, é um caso grave, está com dispnéia, está com pressão alta e tal, não sei o que, passa na frente. Quem pode esperar, espera. Porque a gente dá prioridade para o paciente que marca consulta, porque é isso que a gente quer, a gente quer que tenha essa ordem, que a pessoa siga as regras do posto, que marque consulta porque ela precisa, para que a gente tenha o controle por dia, tanto as ACS quanto os médicos (M10B).*

*Hoje a gente está vendo bons frutos, hoje a maior parte dos nossos pacientes marca direitinho, vem, faz acompanhamento, certinho, sem nenhum problema. E o outro médico saiu daqui exatamente por isso (E 11B).*

*Agora a gente implantou uma ideia: horário de acolhimento. Bom, o que estava acontecendo, paciente vem um mês antes, marca consulta, chega aqui 15 minutos antes da consulta, está sentadinho bonitinho aqui esperando e aí chega uma bonitinha que está com dor de garganta no dia, chega no dia, vem com a queixa e ah, vai passar de quem está, veio no horário, marcou consulta? Eu não acho justo, e os pacientes também não estavam achando. Então primeiro a gente termina nossa agenda, depois atende acolhimento. Lógico, se for uma crise hipertensiva, se for uma crise de asma, elas já passam direto e a gente já vê na hora, medica na hora, mas todos os outros 99,9% dos casos, o cara vai esperar acabar a agenda (M 12B).*

Um dos importantes aspectos discutidos nos GF foi o fato do PMAQ-AB trazer incentivo financeiro para o município. Para que isso aconteça existe pressão para que as equipes desenvolvam o trabalho buscando atingir as metas no maior número possível de quesitos para obter nota máxima na certificação fornecendo maior valor do repasse mensal por equipe. Diante disso, e sob condições não favoráveis de trabalho, o desempenho das equipes na avaliação do PMAQ-AB torna-se importante elemento para obtenção de mais recursos financeiros, o que se mostra uma prioridade da gestão do município, mesmo que as condições de trabalho não favoreçam desempenho maximizado, o que acaba culpabilizando as próprias equipes quando não atingem uma certificação qualificada, pois são responsáveis pela sua própria nota.

Sendo assim, é unânime a crítica às dificuldades relativas à infraestrutura precária como a falta de computadores e de conectividade estável como se lê a seguir:

*Nós somos em 24 agentes de saúde numa sala que teoricamente caberiam 10, todo mundo “maçarocado” em cima outro, infraestrutura zero (ACS 1.3A).*

*Tem inúmeros exames que deixaram de ser feitos porque não tinha potinho. Tivemos que sair na correria para avisar essas pessoas não virem que não ia ter, ou seja, foi mais um dia que a gente teve que perder. Então são essas coisas que acabam acarretando todo o problema (ACS 1.4A).*

*O que está faltando é material humano, falta computador, falta uma internet melhor, então não adianta eu cobrar dela que ela alimente o sistema se o sistema cai toda hora (M 4A).*

*Tem um computador na nossa sala, aí eles abriram mais três computadores então são 4 computadores para 30 ACS (M 5A).*

*A internet é uma porcaria, toda hora cai o sistema (ACS 8.2B).*

*Ia ser incrível se a gente tivesse o tablete para as visitas. Nossa! Sonho com isso todo dia! (ACS 8.1B)*

*O que percebe é que coloca umas coisas para as unidades de saúde fazerem, mas assim, não capacita, é um sistema falho, é uma rede de conectividade ruim, aqui é péssimo (ACS 9.2B).*

*Falaram que as ACS iam fazer esse cadastro já direto com o tablet na casa do paciente. A proposta era de vir o tablet mesmo para as meninas utilizarem, como era feito com os agentes do IBGE, mas na verdade não veio nenhum (E 9B).*

*São cinco computadores para cinco equipes, não dá (ACS 13.1B).*

*É um programa bacana, porém, ao mesmo tempo complicado, e assim, ou eu bem trabalho na rua ou eu bem trabalho digitando. Internet ruim, muito agente de saúde e entra o trabalho do enfermeiro, da unidade inteira que é digitado nesse e-SUS. Entra assim, são poucos equipamentos para a gente, pouco tempo e aí fica essa bagunça, eles implantaram uma coisa que eles gostariam que fosse dar sucesso, é um negócio legal que vai virar um sistema unificado bacana daqui a uns 4, 5 anos. Então eu acho que eles erraram aí, né, vamos implantar uma coisa, vamos ver como é o sistema de internet, vamos primeiro botar uma base, fazer uma estrutura legal e aí sim implantar (ACS 14.2B).*

Assim, condições de trabalho desfavoráveis são um obstáculo para que o processo de trabalho seja plenamente satisfatório o que, potencialmente, pode levar à sobrecarga. A falta de papel sulfite e tinta para impressora atrasa a agenda de consultas médicas, por exemplo, como se lê a seguir na fala de um médico:

*A gente acaba recebendo uma sobrecarga, inclusive até o PMAQ-AB influencia nisso, mas a gente tem que fazer muito além do que a gente deveria fazer, como administrador, como atendente-SUS, tipo assim, o sistema dá problema eu tenho que lá de casa imprimir minha agenda no computador aí não sai com o número do prontuário aí eu tenho que entrar no j saúde que é outro sistema, colocar o nome e data de nascimento de cada um dos pacientes que eu vou atender pra puxar o número do prontuário porque os sistemas não se conversam, aí eu tenho que chegar aqui as*

*6:30 porque meu paciente vai chegar aqui as 7 então eu já me programo pra acordar as 5, porque eu tenho que chegar rápido pra bater o ponto eletrônico e ainda tenho que puxar minha agenda do que eu vou atender no dia, então eu cato minha lista, vou lá eu no arquivo, saio puxando porque não deu tempo de puxar no dia anterior, aí eu sento pra fazer minha consulta, aí o número do prontuário não bate com o j saúde, aí eu tenho que pedir para o cara pegar o prontuário novamente, aí eu vou abro aqui, atender "putz, não tem mais folha de evolução" chego aqui "putz, não repuseram folha de evolução" aí tem que sair atrás "ah doutor, não tem folha de evolução, tem meses que o município não manda, eu vou pedir pra imprimir" Não tem toner. O que eu vou fazer? Ela, mandou para a pessoa da recepção que tinha toner, cheguei lá no da recepção, "não tem papel doutor". Aí eu falei "ah!" Eu peguei o meu estetoscópio e falei assim "eu vou me suicidar!" (Risos). Parece que é uma coisa isolada e não é, é todo dia, então isso faz você ficar estressado, porque na hora que você volta já tem um bolo assim de cartão de paciente que chegou e você que estava em dia com o horário, atendendo tudo escalonado, está com a porta lotada, o paciente reclamando, tiraram todas as cadeiras daqui os meus pacientes ficam crianças de colo tudo em pé. Ninguém faz absolutamente nada (M 5A).*

Outro aspecto a interferir na sobrecarga é a carência de pessoal, causada tanto pela rotatividade quanto pelos afastamentos por doença, como exemplificado a seguir:

*Para não zerar o mês você digita duas, três fichas e o resto fica como se você não tivesse feito o procedimento. Então se perde serviço feito, mas por falta de não ter o horário suficiente (ACS 1.5A).*

*A gente acaba cobrindo falta de ACS que está afastado, é muita coisa (ACS 6.1A)*

*A gente tá criando algumas ferramentas de controle, porque eu não consigo anotar, porque eu já tive que dar 3 tipos de exame diferente, então o cabeçalho de uma guia de exame demora pra preencher, o livro da rede cegonha demora pra preencher, você tem que preencher também o e-SUS, aí que você abriu o caderno você já não vai fazer uma avaliação e aí a gente nunca consegue deixar em dia as nossas listas e não é prático, porque se a gente trabalhasse diretamente com o computador ia ser bem mais fácil (E 13B)*

*A gente vai muito longe andando, desmaia no meio da rua nesse solão, quando chove a gente nem vai então tinha que ter um carro da prefeitura para levar a gente (ACS 13.2B).*

A mesma situação é apontada pelos gestores locais e centrais, como segue:

*O que acontece, 5 equipes, tem 28 ACS, estão faltando dois computadores. Então de repente eu quero pegar o computador, mas a menina do SISREG está usando, eu quero ir lá na sala de digitação mas tem lá o médico usando o computador ou a enfermeira digitando a produção dela, ou fazendo algum relatório, então já não pode usar. Aqui nunca tem como usar, então fica muito limitado. Então assim, eu tenho que exigir, mas eu tenho que dar ferramentas, sem contar que as vezes o e-SUS cai, o que eles têm feito, eles têm ficado depois do horário, que é o que eu vou ver o ponto agora e autorizar as horas excedentes deles, então fica difícil (GNL 1A).*

*Imagina quando você chega numa unidade eles falam assim "graças a deus chegou um gerente" tudo que o funcionário quer é ver o gerente pelas costas, mas aí chega alguém e você fala "nossa, graças a deus" você imagine a que ponto estava a unidade, a ponto de os funcionários estarem pedindo um gerente para colocar uma ordem (GNL 2A).*

*E aqui a gente está com um ano já de e-SUS, só que assim, no primeiro semestre praticamente a gente não conseguiu avançar quase nada, porque ele estava a*



*princípio ele estava numa única máquina da administração e recepção né, que as meninas da recepção auxiliam na digitação da produção somente, elas não tinham condições de fazer, não tem condições de fazer cadastro de paciente. Então nós só auxiliávamos na produção, aí a gente focou a princípio a nossa preocupação no registro da produção né, aí conforme né, veio caminhando, a gente foi tendo condições de adquirir. No caso só tinha uma máquina para as ACS, aí eu consegui mais uma máquina, aí eu adequiei aquela sala lá com a mesinha ergométrica, tudo para elas poderem digitar, mas ainda assim e pouco (GNL 3B).*

*Falta ao município fazer a gestão correta do que ela tem de recursos, especialmente financeiros, pagar o provedor de internet é o primeiro passo, acertar essas contas com ele, colocar uma internet estável para que se transfira o banco de dados, mais máquinas e a partir disso a gente trabalhar com uma coisa concreta. Colocar o PEC, colocar um computador em cada sala. Não ficar esse negócio de papel. Já era esse negócio de papel. Estou ocupando espaço, caixas e caixas de papel. (GNL 4B).*

*A nossa infraestrutura não suporta o servidor que nós temos no momento, tem que ser um servidor mais parrudo, então está em compra, então ela precisa de 120 dias para terminar, já está em licitação, mas até sair, ganhar, instalar, tem um processo (GNC 5).*

Aspecto que chamou a atenção relaciona-se ao retrabalho que se observa quando os processos de trabalho cotidianos são exigidos pela dinâmica do PMAQ-AB, como segue:

*Se eu coloquei no sistema e eu fiz aquilo, você pode ter certeza que eu fiz aquilo, mas porque sempre tem um papel? Então se esse papel fosse valido a gente entregava essa planilha e a gente não precisaria digitar porque estaria com a planilha entregue, trabalho do dia. Agora, você tem dois trabalhos para que? Para ter um resultado? Porque esse papel eu acho desnecessário. (ACS 1.2A).*

*Às vezes a gente tem dez planilhas e a gente repete o trabalho em três delas (AE 2A).*

*A gente estava com gente no nosso pé para fazer as digitações, tem famílias que a gente volta 3, 4 vezes pedindo os mesmos documentos, as vezes eu deixo a folha na casa do paciente já aconteceu de mais de um mês eu voltar na casa e não preencheu e você acaba fazendo um retrabalho, um “tretrabalho”, um “quadritrabalho” (risos) e quando você vai fazer as contas do que você realmente fez não dá nada! (ACS 5.1A).*

*Sentei numa hora que não tinha ninguém e comecei mês a mês, eu fui vendo, quanta coisa digitada em dobro aí foi onde eu vi o da minha colega que tem uma família que tem 5, 4 vezes também. Aí você vai olhar o da outra menina tem uma que tem 3, 4, 2 vezes o mesmo cadastro (ACS 7.1A).*

Tais comentários aparecem juntamente com uma crítica à burocracia que atrasa solicitações e não permite efetivar ações importantes como o combate à dengue, por exemplo:

*A ficha da dengue, por exemplo. Eu em outubro de 2015 preenchi a ficha da dengue e mandei para a supervisão através do malote. Essa ficha voltou em março de 2016, o seja, eu tinha mandado em outubro, dizendo que ela estava sendo devolvida porque eu não tinha carimbado o carimbo da unidade. Quer dizer, se realmente tivesse a dengue lá no local, já era. E eu tinha que fazer na hora porque se não a dengue ia se proliferar. Tudo bem, eu errei porque não coloquei o carimbo? Errei, mas aquela informação já tinha que ter uma ação. E mesmo assim não tem ação porque quando a gente também identifica um local, você telefona, você fala ou preenche, ninguém liga, só liga quando cai na ouvidoria (ACS 1.3A).*

*Na consulta a gente usa mais tempo preenchendo papel do que atendendo de fato. Então acaba comprometendo a qualidade do atendimento esse excesso de papel para preencher. (M 13B).*

*Seria importante se tivéssemos etiquetas para o cabeçalho dos exames, assim tudo seria mais rápido (E 13B).*

*Uma sugestão seriam admitir digitadores para o E-SUS ou capacitar ACS para fazer só isso e sair das visitas (ACS 13.3B).*

Ademais, apontam a competitividade proveniente da instalação do PMAQ-AB, mas esta ocorre entre as equipes de uma UBS ou entre as unidades. Porém no interior das equipes, os servidores apontam que existe um companheirismo, como se lê abaixo:

*Nós somos apelidados de “equipe nojo”. Por causa do PMAQ-AB inclusive. “A equipe nojo é perfeita, a equipe nojo faz tudo certinho, a equipe nojo recebeu menor nota, estranho hein equipe nojo.” Isso mexeu com o ego de todos (M 5A).*

*Aí vem uma lista lá dizendo que a gente está lá em baixo e só não está perdendo para a tal unidade, mas, a gente sabe entre nós quem está mais baixo e quem está bem, mas aí a unidade toda paga por outras equipes, e aí a pressão ela vem em todo mundo assim, é aquela coisa louca, entendeu? É aí que cria, uma competição entre as próprias equipes, entre as próprias ACS, fica uma coisa louca, louca! Já saiu discussão aqui por causa de computador, entendeu? Uma coisa ridícula, ridículo! Mas acontece (ACS 6.4A).*

*O que eu percebo é entre as ACS, eu acho que nem ela está percebendo que ela está competindo assim. Mas tem umas coisas assim que são gritantes, dá para ver (E 6A).*

*O que existe é tipo assim, “eu vou cumprir, se a outra vai ou não, não me interessa, o que interessa é a gente”, e as vezes a outra equipe consegue bolar um plano que seja rápido e fácil, mas ela não passa para outra equipe, ela se fecha (ACS 7.4A).*

*Aqui a gente não tem competição, mas a regional tenta provocar (E 8B).*

*Você vê assim, uma que se compara com a do lado. Tiveram brigas feias por competição e tiveram que tirar agente de saúde, trocar de equipe por causa de briga. Até hoje tem rivalidade, uma quer ser melhor que a outra (ACS 11.4B)*

*E a gente percebe que as equipes nem são tão boas assim, mas os números estão lá, a gente não entende como (ACS 1.1A).*

Já do ponto de vista das gerências locais a competitividade não é percebida, como se lê a seguir:

*Não tem competitividade aqui. Até porque a gente não compartilha as informações comparando as equipes. A gente não faz isso (GNL 3B).*

*Aqui não. Quando eu entrei aqui as equipes eram muito individualistas, individualizadas. Ainda hoje elas têm uma forma de se organizar. Mas tipo assim, disputa não tem não. Talvez eu esteja meio cega para isso, mas eu acredito que não. Se existe é muito assim, insignificante né, a ponto de não interferir no processo de trabalho (GNL 4B).*

Ocorre que a cobrança acaba por ser gerada pelos próprios gestores locais e de nível central, mesmo que não haja esta intenção:

*Tem equipe que está muito mal colocada na quantidade de produção na região. Não consegue produzir. Mas depois do PMAQ-AB eles tem tentado faltar menos, dar menos atestado (GNL 1A).*

*O cara vai lá e coloca no e-mail uma tabela e mostra, quem está ruim e quem não está. Então automaticamente você se condiciona a preparar numa equipe para chegar numa meta do que aquilo que é cobrado, e então monitorar e ficar no pé. (GNL 2A).*

Quanto à subdimensão “características estruturais, ambiência, informatização e conectividade” (Brasil, 2013; 2015), dentre as equipes participantes dos GF, destaca-se a UBS 2A, que apresentou média máxima no primeiro ciclo e queda para nota mediana no segundo, o que pode apontar que a infraestrutura da UBS decaiu de um ciclo para outro. Por outro lado, as UBS 1A, 3 e 4B melhoraram suas notas com destaque para a 4B que recebeu nota máxima no segundo ciclo demonstrando que a infraestrutura da unidade melhorou de acordo com os padrões esperados.

Na subdimensão Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos a gestão da Atenção à Saúde foram avaliados a quantidade e as condições de uso de, no primeiro ciclo, 83 equipamentos e, no segundo ciclo, 50 equipamentos bem como consultórios médicos e de enfermagem (Brasil, 2013; 2015). Nesta subdimensão foram obtidos os maiores conceitos na maioria das UBS, significando que aqueles equipamentos estão em bom estado. Quanto à subdimensão medicamentos, vacinas e testes rápidos em quantidade suficiente, as UBS tiveram bons conceitos com destaque para a presença de testes rápidos além de melhora dos conceitos de um ciclo para outro. Interessante pontuar que no primeiro ciclo, foi avaliada a existência de 85 medicamentos e no segundo ciclo, 45. A diminuição desta lista demonstra o corte de gastos do SUS deixando os usuários sem importante parte de medicamentos básicos de uso cotidiano.

Como se buscou apontar acima, no trabalho em saúde, a falta de investimento, a quantidade insuficiente de pessoal e a rotatividade pode provocar sobrecarga, desgaste, sofrimento e doenças (Dejours, 2007; Lacaz; Goulart e Junqueira, 2017).

Os servidores percebem esse potencial do adoecimento pelo trabalho, como apontado abaixo:

*Na recepção eram dois funcionários, tinham que ser três ou quatro. Um entrou em férias e o outro tem que dar conta de tudo. Você sobrecarrega um funcionário que está saudável, de trabalho, de paciente, de briga, quanto tempo ele vai aguentar? (M 2A).*

*Por mais que realmente a gente tem muitas dificuldades, não só questão de burocracia de trabalho, tudo, se entre a gente a gente não se fortalecer, a gente não*

*se auto ajudar, a gente vai só se afundar, então é um trabalho que a gente vai caminhando e tentando cada vez melhorar (ACS 8.1B).*

*E teve gente que pactuou, fez o que tinha que fazer e quando chegou no dia não recebeu, por quê, porque o filho não pode ficar doente, porque você não pode ficar doente e eu acho isso um absurdo porque nós não somos de ferro, somos de carne e osso. Acho que todo mundo aqui adoece, e é isso (ACS 10.3B).*

*É, por a gente trabalhar na área da saúde, adoece... Mais do que os outros né (AE 10.1B).*

*A saúde do enfermeiro nesse período (autoavaliação) é o pior possível, pior possível. É um estresse danado (E 10B).*

*Se a gente não estiver ligada a gente sofre, adoece. A gente tem que estar muito com Deus para estar firme. Porque se você for fazer com a sua força, você se frustra. Porque agora, me deu vontade de chorar também (ACS 11.3B).*

E quando questionados sobre sua saúde em geral e a saúde mental em particular, apontam existir sofrimento mental trazido pelo estresse (Coneglian e cols., 2017), em alguns depoimentos identificados com o próprio PMAQ-AB, como relatados a seguir:

*A gente vai ficando desmotivado depois de tanto tempo aqui. Às vezes é o céu, outras é o inferno (M 1A).*

*A menina da recepção passou no médico, ele deu 10 dias, se ela pega esses 10 dias, e aí? Eles não iam ter que se virar e arrumar uma pessoa? Só vai vir uma pessoa porque uma pediu demissão, senão não ia vir. Então aí é a hora de ela pegar e falar "não, vou cuidar da minha saúde", menina de 20 anos tomando um remédio forte, porque ela está bem? (ACS 1.2A)*

*A gente estava super pressionada para poder digitar produção, cadastros, eu fiquei com uma super dor no braço, tive que tomar injeção que o doutor me deu vários dias, aí eu não conseguia nem mexer o braço, porque a gente fica naquela pressão, às vezes eu nem tenho um problema no braço, mas aquela tensão, aquele momento você acaba ficando doente... Correria, ansiedade, às vezes abaixa nossa imunidade (ACS 2.1A)*

*Às vezes até choro do nada, e eu fumo mais do que eu deveria ou poderia (AE 2A).*

*Nós que somos mais antigas, a gente não surtou ainda não sei porque, a gente não procura focar nisso, porque se a gente focar nisso a gente adoece. E a visão que a gente tem é que não pode ficar doente, funcionário não pode ficar doente. Querendo ou não é uma pressão muito em cima, não só com o PMAQ-AB como também esse e-SUS (ACS 3.2A).*

*E você está saturada, você está vendo que você está estressada com coisa boba, que nem, eu cheguei a querer agredir meu esposo porque ele não foi colocar a roupa no varal mais alto que é onde só ele alcança. Depois eu mesma me senti culpadíssima falei "meu deus! Olha o motivo que eu queria matar ele!" (ACS 5.3A).*

*Eu estou aqui há muitos anos, eu vi ACS adoecer por causa de trabalho, eu vi! Eu vi a pessoa ir parar no psiquiatra, a pessoa surtar (E 6A).*

*Esse posto todo está no limite, a gente presencia o atendente-SUS já sem paciência, você um médico que passa xingando, você não sabe nem o que tá acontecendo, mas você o viu xingando, então acho que tá todo mundo muito estressado (ACS 6.4A).*

*O PMAQ-AB, para o enfermeiro virou um motivo assim de estresse, porque parece que o enfermeiro, é o castigo (E 8B).*

*Eu já estou doida. E engordei pra caramba. A saúde mental está péssima (AE 10.1B).*

*Ela adoeceu, de tanto trabalhar (E 11B).*

*Agora em relação a saúde do trabalhador eu vou te falar, a gente não tem respaldo nenhum, isso daí é uma tristeza muito grande. Porque eu tive um problema aqui, estresse mesmo, tive até queda de cabelo, eu fiquei com buracos na cabeça. E eu cheguei no meu dermatologista e ele falou “estresse”. Foi final de ano, eu fiquei um ano fazendo tratamento, eu fui para tratamento particular. Foi difícil. Então eu acho que a gente não tem respaldo nenhum na questão de saúde, por ser funcionária (ACS 11.1B).*

*Faz um ano e meio que eu estou com labirintite. É emocional, mas assim, eu tenho um problema mesmo de me envolver e aí você fica num trabalho que te coloca essas metas em números é um pouco estressante. E isso para mim veio me estressando de uma forma que eu comecei a me desorganizar, eu não consigo organizar porque isso me afeta emocionalmente e eu fico frustrada com o trabalho (E 13B).*

*O dia que eu percebi que eu tinha digitado o E-SUS todo errado, eu fiquei mal, desesperada, só sabia sentar e chorar (ACS 14.4B).*

*É que tem muitos que piram e ficam ocultos, porque nem todo mundo compartilha, fica para si, sofre, adoece (ACS 14.2B).*

Entendemos que quando o setor de saúde pública condiciona o pagamento de gratificações aos servidores ao número de faltas (como discutido no item 9.4), mesmo que por motivos de orientação médica, o que resulta é o fato de que os trabalhadores procuram diminuir o absenteísmo, porém sacrificam sua saúde. Leon e Iguti, 1999 apontam que a exigência por maior produtividade, dada pelas gratificações relacionadas a metas, faz com que não seja dada a devida importância aos sinais e sintomas de doenças, o que é expresso nas falas abaixo, ditas por ocasião dos GF:

*Muita gente fica doente, mas vem trabalhar, as auxiliares vão estar aqui por conta da gratificação, elas vêm trabalhar, elas tão morrendo, elas se medicam aqui, mas não vão em bora para não pegar um comprovante de horas para não perder a gratificação (AE 2A).*

*O povo fica com medo de ficar doente e dar atestado. Eu acho que tem que pensar um pouco também no funcionário, não é só na população (AE 3A).*

*Deveria ser uma coisa para incentivar a gente, para motivar a gente a correr atrás dessas metas, não de ficar oprimindo, a pessoa fica doente, só que assim, você ficou doente você não vai receber (AE 7A).*

*E piorou, porque a gente não pode nem pensar, você pode ficar doente um dia no mês, porque se você ficar dois dias você já perdeu sua gratificação, então você vem doente mesmo e é um remedinho na veia e vai trabalhar novamente, assim que faz, porque você vai pensar na gratificação que você vai perder, então você vai perder, então você vem assim (ACS 10.4B).*

*Na realidade a saúde é muito prejudicada por ser saúde, porque o que eles colocam para nós, saúde não pode parar. Então saúde morre, mas a saúde tem que ficar lá, saúde não pode fazer greve. Ela não consegue saber que ela no mundo inteiro é a maior. Se a saúde parar, para-se o mundo. Então eles tentam trabalhar a mente, o psicológico do pessoal da saúde, como se saúde não pudesse falar, saúde não pode reclamar, saúde não tem perna, saúde não tem corpo, não tem sentimento, saúde não tem nada. E aí as pessoas abraçaram essa lei e aí a gente está vendo que estamos sendo massacrado ali naquele cantinho (ACS 11.5B)*

Os servidores percebem haver uma linha hierárquica de cobranças que parte do nível central que é repassada às gestões regionais, locais e aos profissionais com formação de ensino superior das equipes em relação aos profissionais de nível ensino médio e fundamental, como se lê a seguir:

*Começa pelo gerente, que começa a ser pressionado vai vir pressionar a quem? Põe isso adiante. Só que assim, a gente vai culpar quem? Eu acho que eu tenho que culpar quem está lá em cima, porque começou de lá, então tem que começar a rever isso daí, porque se eles não reverem vai ficar todo mundo doente. Eu não falo mal do gerente porque ele também está sob pressão (ACS 1.3A).*

*Eles lá na regional ficam cobrando a digitação do E-SUS para o gerente, eu entendo que é uma pressão muito grande em cima dele, mandando esses quadros comparativos que as UBS tão lá em cima, a nossa tá lá em baixo, aí o que acontece, ele vem e cobra o enfermeiro, porque nós somos responsáveis por supervisionar a equipe, aí eu venho, faço reunião de equipe e fico falando com as meninas, acho que excluído médico, que o médico nunca é cobrado em relação a isso principalmente, que é o enfermeiro que chefia a equipe, tirando o médico todo mundo é cobrado (E 6A).*

Também apontam que a pressão e a cobrança de metas, algo exacerbado na vigência do PMAQ-AB como elemento incorporado à gestão do trabalho, interferem no trabalho gerando desde desmotivação e até erros nos procedimentos durante os atendimentos, como se lê abaixo:

*Os funcionários aqui trabalham muito sob pressão, sob cobrança, você conversar aí com 90% dos funcionários, todos têm algum problema, todos tão passando por algum problema (ACS 1.5A).*

*Eu percebo da minha parte que o meu rendimento piora. Então assim, quando eu sou extremamente cobrado eu começo a fazer um monte de groselha. Outro dia eu prescrevi para o paciente Celulite 500 mg. Eu ia escrever Cefalexina e aí ele "doutor, não tem esse remédio" eu falei "nossa, que eu estou fazendo" (M 5A).*

*O gerente cobra o tempo todo: "Vocês têm que vir de sábado, vocês têm que ficar até depois do horário, tem tantos computadores, não sei o que" então, tudo, que poderia ser suave, acaba se tornando uma pressão (ACS 6.2A).*

*Mas assim, eu sou contra trabalhar fora do horário e muita coisa assim, porque eu acho que se você quer cobrar o trabalho de um profissional, eu acho que você tem que dar suporte para esse profissional. Então as vezes eu acho que a gente acaba tampando o sol com a peneira, porque você está lá mostrando só que o município, lá em cima, eles acham que da maneira que está atualmente você consegue dar conta do trabalho, só que muitas vezes o funcionário ele tá se desgastando, ele tá se desdobrando, ele tá ficando doente, ele tá ficando sobrecarregado pra conseguir dar conta do trabalho por causa da pressão que é em cima da pessoa e acaba ficando*

*doente fisicamente porque ela acaba fazendo mais muitas vezes do que o seu organismo aguenta pra conseguir fazer o trabalho (ACS 6.3A).*

*Onde você é cobrada, você fica chateada por você ter feito aquele trabalho e a pessoa chega na sua cara e fala que você não fez. Dói, sabia? Você fica, sabe, sem motivação alguma, você fica lá em baixo, você fica para baixo o tempo todo (ACS 8.1B).*

*O que fazia diferença mesmo era que você estava assinando contrato com o PMAQ-AB, se sentia pressionado (ACS 9.1B).*

*Me sinto pressionada quando o gerente entra e fala "meninas, vocês estão digitando? Vocês não estão no computador" meu deus... dá vontade de falar assim "vem aqui sentar oh, senta aqui" (ACS 9.4B).*

*O PMAQ-AB deixou as meninas sob pressão, eu sinto que para elas é até maior, elas estão realmente na ponta. A gente fica muito dentro da unidade também, a gente tem o nosso dia também de ir atrás, de trabalhar pela nossa equipe do lado de fora, na rua, mas elas estão na rua o tempo inteiro. Então para elas a pressão foi muito maior e por isso a decepção também ser maior (AE 11.1B).*

Há relatos, inclusive, do veto a direitos básicos dos servidores, como abaixo:

*Coisa do tipo assim, "vocês evitem de tirar férias em tal mês porque esse mês já está próximo a eleição e se vier algum político aqui vai sentir a ausência de vocês aqui e vai falar que não tinha tal profissional aqui, então para evitar isso não tire férias nessa época" (ACS 1.5A).*

*Eu já escutei aos cantos que é verdade, "vamos evitar tirar férias a partir de julho, a partir de julho, agosto, porque a gente não quer ser notificado pela ouvidoria de problemas no atendimento, de deficiência no atendimento (M 1A).*

Durante uma das Oficinas de pactuação da região, foi relatado num GF que um gestor de nível central abriu os dados preenchidos no E-SUS por servidores de uma UBS presentes à oficina, utilizando-os para pressionar e cobrar as demais equipes. Tal fato foi por nós presenciado repetidas vezes conforme registro em nosso diário de campo. As falas ditas num GF a seguir expressam o ocorrido, deixando implícito o constrangimento vivido:

*É uma forma de fiscalização geral, que nem, eles entraram em algumas planilhas lá naquele dia de médico, então, "ah, deixa eu ver o que o doutor fez" e diz "ah, o doutor não fez nada, deixa eu ver o que fulano fez" (ACS 1.4A).*

*Foi bem a minha que mostraram. A gente, aos olhos deles, a gente não faz nada, tem dia que a agenda da Bruna surfistinha é menor do que a minha, entendeu? Mas a gente não faz nada. (M 1A).*

*Eu achei errado ele ter aberto. Uma pessoa com uma visita. Quer dizer, não importa se ela foi, que a auxiliar fez uma visita, mas se ela voltou para fazer digitação. Ali não tem escrito que você ficou o restante do dia digitando. Ou "nossa, são 10:30 e ninguém digitou nada na UBS" ninguém parou para pensar que todo mundo pode estar na rua? Enfim... (ACS 1.1A).*

Tal situação, de cotejamento da produção das equipes também ocorreu na região B devido ao formato dado à condução das Oficinas para discutir o terceiro ciclo do PMAQ-AB, como se lê abaixo:

*Fizeram uma comparação, acho que foi até uma provocação entre equipes, "ah, porque aquela unidade x já cadastrou 90%" aí a gente fica assim, e aqui sinceramente é uma unidade tranquila, pequena, e aí foi uma coisa meio que provocação assim entre as equipes, "porque a sua matriz você deu 10 e a sua matriz você deu 5?". Eu até falei "eu dei 10, porque a partir do momento que eu acho que eu fiz, que eu estou bem, eu vou me valorizar profissionalmente, porque dentro das situações que a gente trabalha né" aí o outro falou "ah, mas eu dei 5, mas eu também faço" aí eu falei assim "vocês me desculpem, antes de mandar a gente preencher alguma coisa vocês tinham que chamar os funcionários e orientar, porque a maioria dos funcionários nem participou de ciclo nenhum. Tem gente nova, gente que mudou de unidade, gente que na outra unidade não fez" (E 9B).*

A cobrança e a pressão também são percebidas por parte de alguns gestores locais, apesar de não ser unânime, como se lê a seguir:

*A gente achou assim, que eles implantaram o PMAQ-AB com pressão, que isso causou estresse nas equipes. Então a forma de pactuação eu acho que teve uma pressão muito grande, na primeira pactuação. E com essa pressão teve, eu lembro que no dia teve gente chorando (GNL 3B).*

*Eu vejo que eles entendem o PMAQ-AB como cobrança, e toda cobrança gera um certo desgaste, então vai vir uma avaliação e por mais que exista um incentivo financeiro existe uma avaliação. E quando a gente é avaliada, a gente fica muito tenso para ser avaliado (GNL 4B).*

*Eu não acho que o PMAQ-AB afeta a saúde dos trabalhadores. Eu vejo só que eles procuram faltar menos, tem mais interesse em trabalhar (GNL 1A).*

Tal realidade, aliada à sobrecarga de trabalho gerada pela falta de pessoal e aumento crescente da população adscrita, direcionada para as equipes da ESF por meio da própria SMS também afeta a saúde dos servidores, afetando ainda a gestão local, como é apontado abaixo:

*Se você pega o caderno da atenção básica, um deles é o de acolhimento, e lá tem toda a regra: 10% do atendimento diário tem que ser a demanda espontânea, o paciente chega com uma queixa. Na meta que nós temos diária é de 32 pacientes, 10% dariam 3. Ontem entraram acho que 13, só que aí que está, então estão passando muito, diminui vaga da agenda porque ninguém é de ferro, também não dá para ter 60 acidentes por dia que nem teve aquele dia que eu atendi, então diminui um pouco a agenda "ah, mas você não está com vaga suficiente" já não estamos dando vaga porque está vindo todo mundo achando que isso aqui é pronto socorro (M 12B).*

*A gestão precisa entender que eles pedem as coisas para a gente, a gente faz, só que a nossa equipe não tem enfermeira, nós temos uma auxiliar só e eles querem tudo isso, só que eu tenho agenda todos os dias. E todo esse trabalho que a gente tem feito eu faço na minha casa de fim de semana ou a noite e não ganho por isso (M 14B).*

*Assim, eu acho que não tinha mais ninguém, parece que todo mundo que ele convidou rejeitou, na minha vez eu não pude negar, tive medo porque eu era gerente de uma unidade com duas equipes, aqui é muito maior, são cinco! Mas o secretário já tinha aceito, não tive como negar. Aqui é muito grande, são quase 80 funcionários, lá no*



*outro eram 30. Ainda tenho um trabalho muito grande a fazer, tudo que eu construí na outra UBS eu tenho que começar aqui do zero. Só que quando a gente estava começando a organizar a casa começa a sair funcionários. Sai a da recepção, pede a conta, o outro pediu para ser transferido sem permuta, então assim, os funcionários que saíram não foram repostos, então eu estou totalmente desfalcada, sendo que a minha demanda não para, eu tenho usuários reclamando porque demora o atendimento, eu tenho planilhas de atendimentos que precisam ser digitadas... (GNL 2A).*

Ocasionalmente algumas UBS dividem ou absorvem microáreas de cobertura devido ao fechamento de UBS ou expansão de área urbana. Um exemplo foi o da UBS 1A que assumiu uma nova área da região por conta de aumento da área urbanizada. Não houve abertura de nova UBS ou contratação de mais profissionais, o que trouxe maior sobrecarga de trabalho para os servidores:

*Deveria ter mais UBS dentro do território para não ter tanta sobrecarga, ter mais equipes e aí o que eu recebo de notícia hoje é que assim, já está certo, que a gente vai receber mais uma microárea, mas para a gente ficar tranquilo porque não vai sobrecarregar ninguém. Então a gente dividiu entre as equipes cada pedacinho dela vai ficar uma área responsável. Nessa brincadeira com 50 famílias vieram 6 acamados. Então foi um fator de estresse violento, para chegar lá numa reunião de chefia de região, e o cara virar para mim e falar assim "vocês são muito estressados, isso não vai afetar absolutamente nada, é só mais uma microárea, e eu estou pensando em colocar o sétimo ACS por cada equipe, então vocês fiquem tranquilos, não vai mudar nada, os ACS não vão ficar sobrecarregados" e eu falei "e eu, cara pálida? E eu? Vou ter mais uma microárea enfiada na minha equipe, eu vou continuar sendo só eu para 7 microáreas, se eu já estou surtando agora" "vocês reclamam de barriga cheia, o belvedere é o mais privilegiado de todas as unidades da região porque vocês têm uma média de 200 no máximo 210 famílias por ACS, as outras unidades tão trabalhando com quase 300, então vocês tão reclamando do que?" Eu falei "você vai nivelar por baixo?" (M 5A).*

Fator pouco considerado pela gestão central é aquele em que se consideram as famílias, porém não se leva em conta a sua composição, nem os aglomerados residenciais e a quantidade de pessoas por família, gerando um número bastante elevado de usuários impossível de serem atendidos por um só médico, fato que se busca amenizar nas orientações emanadas da SMS para o cadastro familiar, como segue:

*Tem família, de 6, 8 pessoas, só que tem 3 responsáveis lá, porque as vezes moram 3 famílias numa casa só, então tem que desmembrar as 3 famílias. Todas nós aqui temos bem mais de 230 famílias, aí agora multiplica, 230 por 6 microáreas, dá 1380, você vai ter perna de atender? (ACS 5.3A).*

*Eles sempre falam "meninas, vocês têm que fazer isso virar um número menor de famílias, se é todo mundo é mamãe e tal, a vovó mora com as três filinhas e seus maridos e seus netinhos, é uma família só!" Não é! Cada um mora na sua casinha dentro do mesmo quintal, então assim, não adianta querer maquiagem o negócio para a gente continuar com, 200 famílias se você tem 6000 pessoas, não faz sentido! (AE 5A)*

Denunciando que a crise social, política e econômica brasileira tem afetado toda a população pelo desemprego e consequente perda de acesso aos convênios médicos

“sobrecarregando” o SUS que sofre com recursos escassos, sem que haja contratação de pessoal suplementar o que, quando há, apenas supre a reposição daqueles que se demitiram, os servidores assim se posicionam:

*Então, nessa área, tem realmente um pessoal que tem um poder aquisitivo maior, mas é minoria, é a minoria. Você vê na minha área que tem área carente, tem área de comunidade, as outras áreas, tem gente, está aumentando muito agora mesmo nesse período com essa crise o desemprego, a perda do convênio que as empresas davam. Eu todo dia atendo gente, que vem e eles trazem até os exames do convênio "ah, eu perdi meu convênio"(M 2A).*

*E o que está acontecendo muito com essa recessão, a pessoa mora em 6 cômodos, aí alguém ficou desempregado, eles pegam, fecham uma porta, constroem um banheiro e alugam 2 cômodos nos fundos para ter uma renda. Está acontecendo muito aqui, muito! Aonde você olha tem casas de dois cômodos para alugar, dois cômodos e banheiro (ACS 5.4A).*

*O tanto de primeira consulta que eu estou atendendo de conveniado que não tem mais convenio, que vem aqui, chega com sua sacolinha "doutor, eu estava empregado, perdi o convenio e eu tenho todos esses exames para o senhor dar uma olhada" (M 5A).*

Os servidores apontam ainda que a diminuição de pessoal tem sido alarmante, e tal fato ocorre por conta de afastamentos por motivos de saúde, como apontado por Coneglian e cols. (2017) em estudo nos serviços de saúde do mesmo município, resultando em sobrecarga devido a desvios de função ou necessidade de ação polivalente, como se lê a seguir:

*O pessoal está adoecendo muito, a nossa parte de psiquiatria é grande, nossa parte de hipertensão, de hipertensos está grande, nós estamos em um momento hoje em que o atendente SUS já estão se revezando em atestado, ACS já não está aguentando, auxiliar tudo reclamando, os enfermeiros não tão dando conta, eu acho que desde que eu estou aqui, vai fazer 10 anos, é a primeira vez que os médicos já estão estressados, não tão aguentando. Esse momento que a gente vive hoje acho que é um momento meio caos (M 4A, GF).*

*Às vezes eles pedem que a gente tenha várias funções ao mesmo tempo. E isso desmotiva muito, porque você acaba não centralizando no que você realmente tem que fazer, em determinado momento você se dispersa um pouco, porque uma hora você tem que fazer digitação, outra hora você tem que fazer planilhas, outra hora você tem que de repente atender a demanda aqui em baixo que as vezes desfalca e você tem que acabar cobrindo, porque muitas vezes já aconteceu isso (ACS 1.3).*

Diversas vezes os servidores são expostos a diversos momentos de violência, tanto dentro como fora das UBS. No caso dos ACS, em função das visitas externas, a violência e a periculosidade são constantes, como nos relatos abaixo:

*A moça quase voou no pescoço da recepcionista. Ela tá até em tratamento (ACS 1.2A).*

*A gente não tem segurança. E assim tem área que tem droga, entendeu? Então uma hora você está lá, você pode levar um tiro no meio da bala, que chega policial, não sei o que. Na verdade, eles não pensam na necessidade, no risco que estamos correndo (ACS 3.1A).*

*"Ah, você foi sozinha?" Fui eu e Deus, na favela, no meio da bocada mesmo. É perigoso? Totalmente! O povo te vigiando o tempo inteiro, a partir do momento em que você entrou, eles querem saber quem é você, o que você vai fazer, quem você vai procurar, para você realmente não dar alarme para eles, se você não está ali por causa de um policial, enfim, essas coisas todas. Mas é vigilante o tempo todo, é tenso, fora os lugares onde você anda realmente, perigoso, é morro que você se você não tiver com o sapato apropriado você escorrega, você corre o risco de sofrer alguma coisa, é tenso...Ali, se você não tiver uma estrutura legal de verdade você pira, você pira totalmente (ACS 4.1A).*

*Eu tive alguns problemas com cadastrado histórico que botou o dedo na minha cara, eu já cheguei a levar até paulada (ACS 6.3A).*

*A gente teve que brigar para ter insalubridade, tivemos que brigar por isso. A gente conversa desde os traficantes, enfermeira aqui não entra sozinha não, entra com quem? Com ACS (ACS 11.1B).*

*Ele atacou a colega, porque ele falou "quer a minha assinatura para que?" Todo drogado a ponto de bater nela ou aprontar com ela (ACS 11.2B)*

*A gente recebe o mínimo de insalubridade, se for para ver pelo que a gente escuta por aí, se for para ver dá para ser muito mais. E a gente corre muito risco, risco de cachorro, risco de ladrão, risco de acidente de carro, risco de tiro, risco de sequestro. Uma vez uma enfermeira foi sequestrada aqui da UBS (ACS 11.5B)*

*Eu entrei em pânico, porque eu não queria ir para aquela área, pedi para o gerente me mandar embora. Não tenho estrutura para trabalhar ali, porque é gente colocando arma na minha cara, gente mal-educada, me xingando, brigando comigo (ACS 11.4B).*

*O que eu tive de paciente rasgando cartão na minha cara, batendo, porta, xingando, não está escrito (M 12B).*

Outros casos de violência, assédio e reclamações na ouvidoria do município, gerando situações em que a gerência local "passa por cima" dos funcionários, ignorando as regras de funcionamento das UBS locais e para atender aos usuários que reclamam mais, desautorizando servidores, como relatado a seguir:

*Tem paciente que já começa insultando da recepção até o consultório. No consultório nem tanto, até que eles maneiram um pouco mais, mas o resto eles saem dizimando. E aí ligam para a ouvidoria e a ouvidoria não filtra, a ouvidoria passa para o gerente (M 1A).*

*Tem uns desacatos aqui, geralmente com recepção. A GCM sempre bate o carão aqui (ACS 2.2A).*

*A gente teve aqui uma avaliação das auxiliares em grupo, em vez de ser individual, "ó, ela é uma ótima funcionária, você não presta" e falou de quem não estava aqui (AE 12.1B)*

*Se é um paciente mais exaltado e que já é muito conhecido na ouvidoria que sobe na gerência, a gerência acaba passando por cima da nossa postura de querer melhorar o serviço e fala "não, atende, atende para a gente ficar numa boa". Isso faz com que o sujeito fique mal-acostumado pois sabe que vai resolver as coisas na briga. Assim a nossa palavra não vale de nada (ACS 1.4A).*

Considerando a reflexão sobre o “cuidar de quem cuida”, é importante salientar que existe dentro da SMS um atendimento com psiquiatra, numa ação voltada à saúde dos trabalhadores. Ademais, na prefeitura também atua o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) municipal (Vechia, 2017) havendo, também, a possibilidade de atendimentos improvisados por psicólogos do NASF ou psiquiatras existentes nas UBS.

Ao responderem sobre a existência de algum apoio para atenção à própria saúde os servidores geralmente negam a existência de qualquer aporte, poucos são os relatos de apoio da SMS para a saúde dos servidores, tanto no que se refere a locais específicos para atendimento em caso de sofrimento ou adoecimento mental quanto para atendimento e apoio dentro da própria UBS:

*Outra coisa também que fica meio a desejar é em relação ao nosso psicológico, o nosso emocional, porque assim, eles falam para a gente, a gente pode até cuidar, tratar, mas a gente não tem um lugar para onde correr. Porque o próprio psicólogo daqui acaba não atendendo a gente mesmo a gente sendo cadastrado por conta do vínculo de trabalho (ACS 1.3A).*

*A única coisa que a gente tem aqui na unidade é aquela ginástica laboral e que ninguém adere. Não sei se é pela correria, não sei se é por falta de vontade, eu sei que dificilmente, mas é só isso, e é direto na unidade, com educador físico daqui (M 2A).*

*Eles tinham que dar esse apoio, se estamos doentes, algum motivo teve, nós trabalhamos com saúde para eles. Eles tinham que ter um respaldo pelo menos da doença (ACS 11.5B).*

Apontam, contudo, a necessidade de as gestões centrais e locais desenvolverem um olhar mais atento dirigido aos servidores proporcionando um espaço de fala, e de percepção da saúde dos servidores:

*Eu acho importante esse espaço porque tira um pouco o foco do trabalho, foca um pouco na pessoa. Porque as vezes a pessoa teve uma semana cansativa, estressante, então as vezes a pessoa, um ou outro ouvindo você desabafando, isso alivia, mas a gente não tem isso (ACS 3.2A).*

*Até para perceber mesmo, alguma diferença no funcionário, se está estressado, está precisando de alguma coisa... não tem isso, na verdade a gente não tem reunião de equipe, a gente tem reunião de recados (M 3A).*

*Porque tem alguns trabalhadores não só daqui acho que qualquer área, a pessoa começa a dar sinal de que a pessoa não está bem e muitas vezes a pessoa não tem coragem de pedir ajuda e as vezes eu acho que fica um pouco jogado, se a pessoa não procurar, se a pessoa não gritar ou se a pessoa não surtar, não tem esse olhar assim, sabe? Mais fixado no trabalhador (ACS 6.2A).*

*A gente precisa de um acompanhamento psicológico, um apoio para entenderem o que a gente passa e sofre. Tinha que ser preventivo, não adianta a gente correr atrás daquilo que já se instalou (AE 11.1B)*

*Ninguém vem aqui pegar a gente, conversar, ir para um lugar, bater papo, trocar ideia, aliviar um pouco a nossa mente, que nós estamos perturbados (ACS 11.5B).*

*Eu tenho para mim que, principalmente uma ACS, o médico também e tal, mas assim, o ACS é a porta de entrada de tudo, a gente ouve as pauladas da rua, os elogios, as reclamações, então eu acho que o ACS devia ter uma avaliação psicológica, pelo menos de 6 e 6 meses (ACS 14.3B).*

Os servidores também apontam que não há apoio do SESMT em relação aos afastamentos de qualquer ordem:

*Eu tive que fazer uma cirurgia, eu estava tendo crises de sinusite muito constantes, dor de cabeça, tudo, tomando várias medicações. Eu fiz a cirurgia, fiquei 13 dias afastada, no 14º eu fui no SESMT porque eu tinha recebido alta da medica do convênio e para poder entregar os meus atestados. O médico do SESMT falou assim para mim "você ficou esse tempo todo afastada só por uma crise de sinusite?" Eu falei para ele "o senhor não está vendo que o CID é cirúrgico? Eu operei, eu não só por causa de uma crise" aí ele ainda falou assim para mim "então eu vou aceitar, eu vou fazer o favor para você de aceitar o seu atestado e só que se você pegar um outro atestado com o mesmo CID de sinusite alguma coisa vai ser descontado do seu salário porque eu não vou aceitar mais". Então acho que apoio de lá é zero. Eu, a única vez que eu precisei do SESMT eu não fui bem atendida lá (ACS 2.4A).*

*É, perícia. O médico olhou na minha cara, não me examinou, beleza. Eu estava com problemas na corda vocal, porque eu já falo de natureza, mas o meu trabalho é falar o tempo todo a mesma coisa, se eu faço 20 visitas eu vou falar em média 6 minutos em cada casa a mesma coisa. Então assim, eu estava com muito pigarro, muita dor, repetidas dores de garganta, e fui passar e eu nunca consegui até hoje uma consulta com a fono, um tratamento, o SESMT acabou, vamos bater meta pelo menos apoio na saúde, não tem. Tem alguém aqui que tem? (ACS 11.5B)*

A percepção dos gestores locais sobre os espaços de acolhimento em saúde mental para os servidores parece considerar que são competentes, em contradição com o que os mesmos dizem:

*Olha, a gente tem o SESMT e a gente tem alguns profissionais que a gente encaminhou ou a gente acaba tentando cuidar aqui mesmo com o NASF também (GNL 3B).*

*Então, eles vão para o SESMT. Lá tem psicologia, e aí eles passam nos grupos de psicologia. A gente tinha um médico psiquiatra que atendia os profissionais. Só que ele está saindo, então eu não sei que rumo vai tomar essa parte da psiquiatria. Mas assim, fora isso, se for preciso a gente vai para a academia de Saúde, tem a medica lá que é a psicóloga, que ela está fazendo um trabalho bem bacana com os funcionários. Se for preciso, se eles me procurarem, ou perguntarem, porque normalmente o que eles fazem, eles ficam escondendo, não falam nada. E aí quando eu sei eu já tenho que ficar correndo e pedindo apoio (GNL 4B).*

Uma questão específica relacionada aos ACS é o fato de todos morarem na área de abrangência da UBS onde trabalham. Isso os torna, além de servidores, usuários do SUS atendidos pela UBS em que trabalham. Espera-se que o atendimento médico a eles seja realizado na própria UBS, o que muitas vezes é impedido ou dificultado pelos próprios médicos, como segue:

*Aqui as pessoas têm medo, os ACS têm medo de chegar no medico, a gente tem impressão que a gente é vista assim "ah, está doente quer atestado" sabe aquela impressão de que você não pode ficar doente? (ACS 3.1)*

*A menina daí ela estava com uma alergia horrível gente, como é que uma funcionaria aqui dentro chega naquele ponto? Aí foi que outra pessoa viu, eu já tinha falado com a medica da pessoa, ele falou " não, a medica da equipe da pessoa não pode atender" tinha que ser a medica de onde ela era cadastrada (ACS 3.2).*

*Tinha uma época que falava que a gente não podia passar aqui, entendeu? Você é funcionária você não pode passar aqui, quer dizer, você pode passar, mas ele não pode te dar atestado. Eu acho isso um absurdo, porque você trabalha aqui, você tem acesso mais fácil. Além de você estar bem, você tem que estar bem lá fora porque você tem que ouvir os problemas dos outros, você tem que tentar não absorver, porque se você absorver você fica mal e você, onde você trabalha você não tem um retorno? Isso é muito ruim, muito ruim. Então muita gente as vezes adoece e não passa aqui, as vezes fica doente, mas não passa aqui, não pede aqui, entendeu? (ACS 3.3)*

*Aí você fica revoltada, você doente, você não é uma pessoa que fica doente toda hora e o próprio médico da sua unidade não te atender, desfazer de você? Eu acho isso daí um absurdo (ACS 11.4B).*

*Eu subi aqui com a minha filha com conjuntivite, ela não tinha nem um ano de idade, como ela fica na escolinha, eles não pegam quando estão com conjuntivite, não adianta. Aí eu passei no acolhimento, aí a enfermeira pegou o prontuário e falou assim, "eu não posso prescrever o colírio, mas o doutor pode", entrando na sala dele, ele falou que era para ir ao pronto socorro, ele nem olhou para a minha filha. Aí ela ficou toda sem graça de ter que me falar isso, aí ela falou assim, "olha, ele pediu para você ir ao pronto socorro, se você não quiser ir lava com soro", nenhuma declaração, nada, o que eu ia fazer com a minha filha, com que eu ia trabalhar com a minha filha depois? Aí eu tive que esperar a noite, o meu esposo chegar, fui para o pronto socorro, cheguei lá, quem atendeu a minha filha no convênio? O médico daqui no mesmo dia, porque ele dá plantão e isso já aconteceu diversas vezes (ACS 11.5).*

Relatam sobre a necessidade da vinda de profissionais de outras UBS para realizar certos procedimentos, pois no caso do ACS, como este deve trabalhar na região onde mora, consequentemente é registrado para ser ali atendido com acompanhamento de sua saúde e de sua família. A vergonha de se expor a outros colegas de trabalho faz com que exames necessários para ele não aconteçam, como o exame Papanicolau:

*Aqui os funcionários não fizeram Papanicolau no ano passado, e sabe por que não fez? Às vezes é porque não quer fazer com o próprio enfermeiro porque você sabe que o enfermeiro acabou de te ver aberta lá (ACS 12.1B).*

*Teria que trazer de outra unidade um dia, algum enfermeiro, para cá e o daqui ir para lá, para poder fazer pelo menos o Papanicolau dos funcionários que aqui tem um monte que não fez (ACS 10.4B).*

Sobre o SESMT, sabe-se que este tem a função de prevenir, manter e recuperar a saúde a partir das leis federais que o instituem (portaria nº 3214 de 1978) (Szabó Junior, 2011), bem como o decreto municipal nº 26613, de 2009 (Guarulhos, 2009). O SESMT atende a todas as secretarias do município, porém é alocado na Secretaria de Administração (SAM). Por estar

ligado à SAM, percebe-se que sua atuação busca os mesmos objetivos dos serviços de saúde que atuam em empresas privadas, de seleção de pessoal, contratando aqueles que são saudáveis e controle do absenteísmo, para vigilância (Vechia, 2017; Teixeira e Oliveira, 1978).

Dentre as atividades do SESMT há um programa com foco na saúde mental dos trabalhadores a partir da atuação de um grupo de psicólogas que desenvolve ações nos ambientes de trabalho adotando a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho visando minimizar os adoecimentos relacionados ao sofrimento mental (Lembo; Oliveira e Carrelli, 2016). Tal programa possui limitações no que se refere ao pequeno número de funcionários e à visibilidade dada às equipes no próprio município (Vechia, 2017), o que é expresso pela negativa dos servidores no reconhecimento destes mecanismos como auxílio e apoio em momento de estresse e sofrimento mental.

São poucos e esparsos os relatos deste apoio pelo grupo de psicólogas do SESMT. Uma delas, pontual, deu-se por procura do SESMT para avaliar a quantidade elevada de afastamentos por saúde mental na UBS 1 A, como é relatado a seguir:

*Uma terapia, um lugar que a gente pudesse falar, e não só falar, mas que tivesse uma coisa depois, uma resposta né, porque não adianta que nem teve a outra vez lá que chamou a gente, a gente desabafou, teve gente que chorou, e não teve nada depois, foi só aquilo ali (ACS 3.2A).*

*O SESMT veio aqui fazer uma reunião pois viram que funcionários estavam adoecendo, aí fizeram uma reunião para desabafar, mas aí você achou que dali iam surgir grupos, que eles iam fazer alguma coisa, mas não teve nada para melhorar (ACS 4.1A).*

*O SESMT fez uma intervenção porque aqui deu um boom de CID F, todas as equipes tiveram. Teve um afastamento geral por CID F, F41, F32, e o SESMT fez um estudo que no final das contas deixou muito mais a desejar do que foi resolutivo. Eles fizeram oficinas com as equipes e a gente fazia algumas atividades recreativas nas oficinas. A gente esperava uma devolutiva melhor. Foi o único trabalho que foi feito pontualmente aqui pelo SESMT, mas na verdade não resolveu o problema da gente, porque as questões são muito mais profundas. A equipe é muito antiga, todo mundo convive a muito tempo, todo mundo não consegue separar muito o pessoal do profissional (M 5A).*

E casos isolados, ocorre atendimento individual por motivo de assédio moral, devido a relações de trabalho conflituosas na equipe, como o descrito abaixo:

*Uma funcionária fez uma perseguição com uma funcionaria daqui e ela obrigou ela a ficar num setor que ela não queria e o discurso que ela falava assim para a gente era o seguinte "não adianta falar para o gerente porque ele sabe tudo que eu faço e apoia" então a gente não chegava nele, porque a gente achava que ele sabia, só que não. Então uma menina que trabalhou em outra unidade falou "não, você vai no SESMT, você vai passar" tanto que ela passou na hora com a psicóloga, a psicóloga atendeu, falou assim "pode abrir um processo contra essa enfermeira se você quiser, conversa com a gerente" está sendo acompanhada agora por psicólogo. Então agora a gente sabe que tem uma devolutiva muito legal, eles ligaram, chegaram a ligar para*

*o gerente. Mas a auxiliar ficou com distúrbio psicológico, mas tem melhorado, fiquei superfeliz, mas é porque ela teve esse apoio (AE 12.1B).*

Também foi relatado o acompanhamento em saúde mental para os gerentes da região A o que gerou relações de companheirismo e identificação dos problemas dentre os gerentes em busca de estratégias de enfrentamento contra o sofrimento. São essas vivências grupais que possibilitam que seus integrantes produzam entre si novas representações, a partir do diálogo e da reflexão acerca de sua rotina de trabalho e suas ansiedades comuns (Sato e cols.,1993). Tal realidade é expressa abaixo, por gestor local:

*O SESMT fez uma reunião superbacana, eu amei, a gente gostou muito, foi para a nossa região, eu creio que não deve ter acontecido com as outras regiões, eu não sei dizer, mas assim, o desabafo total de todos os gerentes, como a gente conversa aqui, leve, sem cobrança. As psicólogas reconheceram ali um sofrimento imenso. Então eu acho que precisa ter mais essas oficinas do SESMT, muito mais para o gerente, porque aquela roda de conversa, aí você vê que todos os gerentes estão no mesmo barco, não é só você, só muda o endereço (GNL 2A).*

Foi apontado pelos gestores centrais, que existe uma pessoa responsável pela saúde dos trabalhadores na SMS. Este trabalho, que poderia ser pensado e utilizado em prol dos servidores, não foi reconhecido pelos participantes de nenhum GF. Isto ocorreu apenas numa ação pontual em uma das regionais de saúde, demonstrando que falta comunicação para que essas e outras opções sejam disponibilizadas para os servidores.

Em dezembro de 2016, foi publicado pelo Gabinete da SMS no Diário Oficial do Município, a Portaria 137/2016-SS (Guarulhos, 2016b) que dispõe sobre a Política de Saúde do Trabalhador da Saúde, uma proposta que foi construída desde o ano de 2014 através de parceria entre a SMS e equipe de pesquisa da Unifesp.

Mediante financiamento pela linha de fomento Políticas Públicas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) foi realizada pesquisa que se preocupou em estudar as repercussões psicossociais e as novas formas de gestão do trabalho em dois municípios do estado de SP. Um deles foi Guarulhos. A partir das recomendações dadas pela Universidade para o município, Guarulhos optou por criar um grupo de trabalho, liderado pela Escola SUS de Guarulhos com consultoria da Unifesp para construir uma Política de Saúde do Trabalhador da Saúde em Guarulhos. Esta política foi escrita a partir dos resultados da pesquisa acima citada que permitiu a criação de grupos de trabalho formados por servidores para discutir as propostas que desembocaram na citada Portaria (Lacaz; Vechia e Silva, 2017).

Com as eleições de 2016 e consequente mudança da gestão da Prefeitura, a implantação da Política não se concretizou.



A pesquisa que viabilizou esta Tese encerrou-se antes da publicação da Portaria e, portanto, não houve como avaliar os efeitos de tal medida na saúde dos trabalhadores, o que enseja a proposição de novos estudos sobre o assunto para futuros pesquisadores.

Sabe-se que a resiliência é a capacidade do homem de se adaptar para enfrentar e superar dificuldades. Souza e Lisboa (2002) apontam que cada indivíduo procura adaptar o meio em que vive a partir de estratégias de defesa frente às situações de sofrimento mental que vivenciam. Nos espaços do trabalho em saúde no SUS a falta de dispositivos municipais que auxiliem neste sentido faz com que os servidores procurem meios próprios para tal, como já constatado também por Neumann e Lacaz (2017) e Lacaz e cols. (2017), o que se coaduna com as falas abaixo:

*Quando eu vejo que o negócio está pegando eu corro para a rua, porque na rua você conversa (ACS 6.2A)*

*Eu chego em casa, eu ligo o som no último volume, eu grito, eu berro, estou indo para a academia agora, eu danço, então assim, a gente as vezes marca alguns encontros, a gente sai para se divertir, para dar risada, para descontrair um pouco (ACS 6.3A).*

Os gestores locais e centrais também relatam as suas estratégias de enfrentamento ao sofrimento mental, como segue:

*De vez em quando a gente ia para o boliche, porque você descarrega toda a sua tensão e é muito legal (GNL 2A).*

*Eu tenho a minha religião. Eu trabalho meu estresse nela (GNL 3B)*

*Tomar um banho mais prolongado, tomar um cafezinho, faz o pilates, vai fazer yoga, vai caminhar, vai passear com a cachorrinha, coisas assim. Cada um vai ter uma forma de desestressar, mas acho que, aqui, uma forma que eu particularmente gosto muito é a conversa, sabe? (GNC 4)*

*Eu faço pilates, eu faço corrida, adoro tomar um vinho a noite, vamos saber daqui e tomar um café, a gente faz isso (GNC 5).*

A todo momento, os membros das equipes apontam o quanto o trabalho em conjunto é motor para alimentar o serviço diário e proteger a saúde, como abaixo:

*Eu acho que só não estamos doentes ainda, porque a gente é muito colega de serviço mesmo, se uma está ruim a outra fala "você quer ir que eu levo recado?" A gente é bem unido (ACS 5.4A).*

*Se uma tem dificuldade numa coisa e conversa com o outro, aí a gente "ah, vamos lá que eu vou com você" então a gente tem isso sim, entendeu? Quando um está de férias o outro cobre, entendeu? Tem algumas desavenças na equipe, mas consegue resolver, consegue conversar (ACS 7.2A).*

*A gente se gosta muito, então a gente tem o apoio uma da outra, a gente é como se fosse uma família assim, eu gosto de cada uma delas e acho que elas gostam de mim,*

*então a gente enfrenta isso que é o amor assim, que nós temos uma pela outra, então a gente vai vencendo as barreiras (ACS 8.4B).*

*É, em dia de reunião que a gente fala umas besteiras e desestressa. Um com o outro sim, mas não para falar do dia a dia, do serviço, cansaço, estresse não (ACS 10.1B).*

*Quando uma desequilibra a outra tem que ficar equilibrada, se tem união, na equipe a gente supera as dificuldades juntas (E 13B).*

*De vez em quando a gente tenta fazer uma coisa diferente, fora da unidade, sabe? Porque realmente fica meio pesado. Ai nós vamos comer fora ou a gente junta entre nós e vamos fazer um café. A gente vai também na academia de saúde, a gente vai aprender a fazer comidas naturais ó, está vendo? Todo mundo participa. E lá, eles são assim super atenciosos com a gente, lá a gente recebeu massagem (M 14B).*

Ocorre, porém, que Souza e Lisboa (2002) também salientam que cada indivíduo, no seu sofrimento pessoal, tem a capacidade de unir esforços para a criação de estratégias coletivas de enfrentamento a elas. No caso da realidade estudada, esse apoio entre as equipes não parece produzir mudanças nos processos de trabalho, apenas apoio e espaço para o desabafo, como se lê abaixo:

*Mas eu acho que não deveria ser assim, eu acho que todo mundo com um único objetivo, todo mundo realmente extravasar, que nem ela faz academia, outra deve ir para a igreja ou sair, cada uma arrumou o seu jeito, tinha que ter um aqui. Eu gostaria que tivesse um aqui, gostaria mesmo (E 4A).*

*O que eu falo que essa equipe tem é um amor muito grande que é difícil você encontrar em qualquer equipe. Porque elas se unem de uma tal forma que chega a emocionar as pessoas. Nós ficamos sem médico, sem enfermeiro, não ficou uma visita nossa sem fazer, não ficou uma PA nossa para traz. Porque a gente ia, elas iam, as auxiliares iam, a gente tentava tapar a falta do médico, a falta da enfermeira e sempre ali muito junto, e muitas vezes sem apoio (ACS 11.1B)*

*Então fica assim, uma equipe maravilhosa igual a essa equipe, não é porque é a minha equipe, porque eu já vi essas meninas fazerem coisas que uma equipe formada com médico e enfermeiro, não teve condição de fazer. Não se desestruturou, eu nunca as vi chegarem aqui e desistir da guerra, chora, se matam, uma abraça, a outra abraça “não, a gente vai conseguir, eu vou lá te ajudar na sua área”. Elas trocarem, você imagina o que é você fazer a sua área a dela e essa aqui ir lá ajudar a colega para todas ficarem pelo menos 50% junto. A gente foi a equipe que mais apanhou. Porque a gente já ficou muito sem enfermeira, eu acho que já foram 5, 6 enfermeiras que passaram. Já tivemos 4, 5, médicos que passaram também (ACS 11.4B).*

A gratidão do usuário e a possibilidade de poder ajudá-lo, ao lado da valorização das chefias, é algo que os servidores apontam como o que não os deixa desmotivar, ou seja, é o reconhecimento pelo trabalho realizado como referido abaixo, algo que também foi apontado por Lacaz; Goulart; Junqueira (2017):

*Eu acho que essa gratidão mesmo do conhecimento por parte do paciente, isso é bonito, é bom, faz bem para a alma (E 10B).*

*Eu acho que te dá um animo né, o paciente chegar para você e falar "obrigado por você ter me ajudado, olha, resolveu aquela situação, eu consegui fazer tal coisa", então assim, dá um animo entendeu? Para a gente continuar (ACS 10.2B).*

*Eu acho que apesar de difícil, é um trabalho muito bonito né, e é isso que elas estão falando, o reconhecimento é muito importante, porque se não a gente desanima né (AE 10.1B).*

*Eles tão contentes porque pelo menos você está lá para ajudar, eu entendi isso ontem, então isso foi legal para mim, eu me senti bem, entendeu, de falar "pô, legal, eu não sou o outro médico, mas eles aceitam que eu estou aqui para ajudar". Então eu acho que essa é a parte legal do trabalho (M 10B).*

*É tão bom quando você pega um problema lá fora e tenta, chega aqui e consegue resolver, isso é gratificante, não tem preço, ajudar (ACS 10.5B).*

*Deu para perceber que o nosso serviço começou a ser valorizado, porque nós só fazíamos íamos receber alguma gratificação, reconhecimento nunca tinha (ACS 1.1A).*

*Não existe dialogo de um assim "olha, vocês estão indo bem, continuem né, positivo" (ACS 2.3A).*

*E não tivemos um agradecimento pela quantidade de trabalho, então você imagina o balde de água fria que a gente recebeu do primeiro ano de PMAQ-AB (ACS 11.2B).*

As gerências locais também relatam a importância do reconhecimento de seu trabalho, como a seguir:

*O que eu acho legal é o reconhecimento. Quando eu fiz a minha avaliação de desempenho, as pessoas reconheceram e estão entendendo o meu trabalho (GNL 4B).*

Os servidores demonstram também a necessidade de valorização e reconhecimento dos funcionários que aderem ao PMAQ-AB para além de valorizar apenas o usuário do SUS:

*Eu acho que as vezes eu estando aqui, eu consigo ajudar o trabalho do meu colega da enfermagem, dos meus auxiliares, das minhas ACS. Então assim, o que motiva é, a gente faz o que a gente gosta, mas a gente vem aqui porque assim, cada um é uma peça chave aqui, se falta essa peça, acaba com o serviço do outro (M 4A).*

*De início eles vieram com a fala de melhorar o atendimento, a qualidade, mas o alvo sempre, em todo instante foi a população, os usuários, não levando em conta os funcionários, ao meu ver não teve essa valorização tanto assim (AE 11.1B).*

Um dos fatores relacionados ao reconhecimento é a possibilidade de crescer na carreira. Os municípios geralmente propõem Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), que, na prática são apenas planos de salários em que os funcionários evoluem de acordo com seu tempo de serviço e com as formações acadêmicas que realiza, recebendo acréscimos salariais que são porcentagens nos seus salários, realidade do PCCS em Guarulhos (Rizzo e Santos, 2017).

Diante disso, diversos servidores apontaram que possuíam formação para ocuparem outros cargos na área de saúde, inclusive aqueles oferecidos pela carreira do município, mas

não há a possibilidade evolução na carreira para tais profissionais, devido a limitações orçamentárias e às limitações do PCCS. Tal realidade é comentada abaixo:

*Estou como ACS mas fiz o curso que a prefeitura deu, de auxiliar. Na época foi ótimo, reconhecimento, mas no final não deram chance de a gente mudar de cargo (ACS 2.2A).*

*Sou auxiliar de enfermagem, mas tenho faculdade de Enfermagem (AE 5A).*

*Sou ACS, mas já estou terminando a faculdade de educação física (ACS8B)*

*Ia ter progressão horizontal, quem tem especialização ia mudar de letra, de possibilidade de mudar de cargo, no outro ano já era proibido porque saiu uma lei, porque saiu um decreto. Então o que tem de gente formada aqui nessa unidade formada mesmo, oportunidade zero, nem prova fica sabendo para fazer (AE 11.2B).*

O trabalho em saúde também tem suas belezas e isso pode ser um fator de proteção para a saúde mental. A possibilidade de ajudar pessoas, de ser reconhecido no trabalho pelos colegas e pelos usuários são fatores gratificantes para os trabalhadores em saúde, como ficou expresso nos GF. É o que será abordado a seguir.

### 9.5.1. O Que é Belo no Trabalho em Equipe

A última pergunta do roteiro adotado nos GF e entrevistas foi “O que há de mais bonito no seu trabalho?”, com o intuito de suscitar uma reflexão sobre o que seria positivo no trabalho frente às dificuldades apontadas.

Para os servidores, a beleza está no vínculo quando do atendimento e na possibilidade de reconhecimento, respeito e auxílio aos usuários como mostram as falas a seguir:

*Eu dou um atendimento integral, procuro ser atencioso. A equipe me recebeu bem, a equipe é elogiada pelas outras equipes. E nada contra as outras equipes, mas se eu fosse conhecer todas, ainda sim eu escolheria a minha (M 1A).*

*Eu gosto de lidar com pessoas, eu acho que é gratificante, principalmente quando você percebe que você falou, foi ouvido e acatado, isso é importante. A gente tem um serviço muito grande de informação, a gente tem um vínculo muito grande com a população, porque a gente mora no bairro e eles olham a gente passando "olha lá, minha ACS " (ACS 1.3A)*

*Às vezes você consegue descobrir uma doença assim logo no começo, você sabe que às vezes se não tivesse o nosso trabalho aquela pessoa poderia morrer com aquela doença, eu acho que o cuidado assim com os pacientes, é isso que eu acho bonito (AE 2A).*

*O bonito do nosso trabalho é o reconhecimento que a gente tem das pessoas e as pessoas a gente consegue ajudar, dar um suporte (ACS 3.3A).*

*Eu gosto de cuidar de gente, eu estou aqui por isso, aqui eu consigo fazer isso, eu estudei para isso. Eu acho que estando aqui, eu consigo ajudar o trabalho do meu*

*colega da enfermagem, dos meus auxiliares, das minhas ACS (M 4A).*

*Às vezes a gente sai de casa tão assim chateada, baixo astral e daí você chega numa família que não tem nada para comer que te oferece um sorriso, um bom dia, acho que isso traz uma força muito grande para a gente (ACS 5.5A).*

*Isso é o prazer, de ver que a pessoa melhorou. Se eu conseguir ajudar uma pessoa com uma consulta, com uma palavra, que a gente também é psicóloga, a gente é terapeuta, a gente é tudo, então às vezes essas coisas deixam a gente feliz. E a gente acaba criando um vínculo com as pessoas (E 6A).*

*São coisas que assim, não tem como você não se envolver, não adianta, é uma pessoa que você estava ali há 5 anos cuidando, vivendo junto com a pessoa, vendo as dificuldades da família, sabe? E você ter tido o privilégio, porque ela lembrou de mim, ela quis se despedir de mim, o carinho que tinha (ACS 6.2A).*

*Então, eu gosto muito. E é um trabalho que para a gente é flexível, porque a gente trabalha na rua, a gente faz o nosso horário de almoço, então acontece alguma coisa de você passar mal na rua, você liga para o enfermeiro "ah, estou passando mal", então assim, se é uma empresa privada eu não teria isso, entendeu? Então para mim é gratificante, apesar de alguns problemas que acontecem, mas eu gosto muito, assim (ACS 7.1A).*

*O resultado, o paciente, ele chega no fundo e a gente sente aquela alegria de ele ficar bem (AE 7A).*

*O meu estilo é na mais absoluta democracia, a gente decide tudo junto eu falei para elas, eu não sou o cuidador dessas pessoas, nós somos cuidadores de todas essas pessoas. Eu sou o médico, vocês são agentes comunitárias, cada um na sua especificidade, mas todos somos cuidadores (M 8B).*

*Para mim tem uma satisfação. No meu caso, para mim a informação tem um poder muito grande, ela consegue salvar vidas, para mim informação é tudo. E o meu trabalho é reproduzir informações corretas. Com isso a gente gera vida, ouvir uma dona de casa que está sendo oprimida e trazer essa demanda, se virar nos 30 para tentar desafogar para que isso não cause um estrago maior. Para mim tem uma beleza muito grande em ser portadora e multiplicadora de informação, para mim, você consegue sim fazer a diferença (ACS 9.5B).*

*É saber que tem vários adolescentes que passam aqui que fui eu que fiz nele a primeira vacina, e isso é muito gratificante para você e eles trazem esse carinho também, eles devolvem isso (AE 10.2B).*

*Eu gosto muito do que eu faço, o que mais me motiva mesmo é ver que eu posso fazer diferença na vida daquele paciente, porque realmente a gente trabalha com pacientes muito vulneráveis (E 11B).*

*O que eu acho mais bonito de ver é o respeito dos pacientes, eles têm aquele respeito por você e saber o seu limite também, porque às vezes ele está com uma dúvida naquela conversa, as vezes ele fala que precisa de um médico e as vezes naquela conversa que você tem com ele, ele vai entender que não é do jeito que ele estava pensando. Eu acho assim que o que mais que me preenche mesmo é o respeito e eles verem até onde, eles sabem meu limite. Eu gosto do que eu faço (ACS 12.2B).*

*Essa parte de poder ajudar uma pessoa. Na parte de PSF você consegue ter uma visão mais ampla da saúde (E 13B).*

*É gratificante algumas coisas que a gente faz, às vezes a gente faz os grupos, a gente tem as festas, que agente participa, a gente fez uma festa aqui uma vez do idoso que*

*eles foram, dançaram. Nossa, foi muito assim, descontraído, então é gratificante (ACS 14.5A).*

Os gestores locais percebem os momentos gratificantes quando proporcionam um ambiente mais saudável de trabalho para os servidores, como se lê a seguir;

*Então o que eu acho que é bacana e que eu tenho trabalhado o seu processo de trabalho ser reconhecido e ser visto como melhor, a unidade estava x, agora ela está assim, está melhorando, isso começa a dar um animo em você (GNL 2A)*

*No usuário eu me dedico o máximo que eu posso e assim ver o usuário sair daqui satisfeito, com o problema dele resolvido, sair daqui com uma resposta isso não tem preço. É muito gratificante você apoiar, ajudar (GNL 3B).*

*Você vê a transformação das pessoas, do jeito, daquelas pessoas que eram muito duras, sabe, assim, você chegar, aquele povo que já está armado, endurecido pelo trabalho, endurecido pelo dia a dia, e você chegar e dar aquela sutileza, um toque diferente no trabalho dela. E hoje essa pessoa chegar e sorrir para você e conseguir te dizer bom dia. Então essa transformação que a gente consegue, a partir do momento em que você consegue liderar de uma forma mais leve, porque o trabalho é pesado, a cobrança é grande, e você tornar esse dia a dia mais leve para as pessoas trabalharem, isso aí é muito gratificante (GNL 4B).*

*Eu acho que tem entrega de nós mesmos, eu tento o tempo inteiro estar aqui presente mesmo fazendo dez coisas ao mesmo tempo. E nós não fazemos cuidado direto, mas nós estamos aqui responsáveis por ele (GNC 1).*

*É gratificante poder apoiar as gerências, ver que as coisas acontecem, com todas as dificuldades que há, mas acontecem (GNC 2)*

*Olha, a falta de médico, está faltando médico mesmo, e a gente fica muito feliz quando diz para ele "Olha, eu estou conseguindo resolver essa coisa com hora extra, contratei médico". Uma outra coisa que me deixa muito feliz é quando o trabalhador mesmo vem aqui e ele precisa de uma ajuda, precisa de alguma coisa, e ele reconhece que a gente está tentando fazer o máximo. Eu fico muito contente quando eu vou em uma unidade, eu posso cumprimentar as pessoas, as pessoas me cumprimentam com carinho. E eu tenho certeza que não é pelo cargo que eu exerço. Eu acho que se amanhã eu não for diretora desse lugar, chegar em uma unidade, eu vou ter o mesmo tratamento. Isso me conforta, isso me deixa feliz (GNC 4).*

*O que eu gosto muito e que eu acredito muito, que é essa questão da troca, da conversa, do olho no olho, sentar com o trabalhador. Isso cansa, mas eu acho que é o melhor que tem. A gente ainda se encanta, a gente ainda acredita, então o estresse vai ficando mais leve (GNC 5)*

Estas situações gratificantes podem ser protetoras no sentido de evitar o adoecimento mental (Breilh, 2003) o mesmo podendo-se dizer quanto ao protagonismo que exercem nas ações de saúde (Lacaz; Goulart; Junqueira, 2017). Frise-se que o trabalho e o seu reconhecimento têm papel fundamental na constituição da identidade pessoal, ligação fundamental entre sujeito e realidade como aponta Dejours (2007).

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Nesta Tese, pudemos observar relatos de servidores do município estudado ocupantes dos mais diversos cargos, tanto na gestão, quanto no trabalho na ponta da AB, que demonstraram o quanto o PMAQ-AB ao ser implantado no município de Guarulhos, mostrou as diversas limitações relativas principalmente à falta de infraestrutura; pouca ênfase na EP e falta de transparência no uso dos recursos públicos, o que afetou de maneira negativa a saúde dos servidores.

Sobre este último aspecto, teria sido de grande valia analisar dados estatísticos para comparar o número de afastamentos no período anterior ao PMAQ-AB com o período de sua implantação, desde o ano de 2011, o que não foi possível dadas as dificuldades burocráticas para tal.

De uma maneira geral, a apreensão que obtivemos a partir da realidade local de Guarulhos e as análises dos documentos oficiais, foi a de que o PMAQ-AB tem um potencial para a participação dos diversos atores que fazem a AB no país pois, induz que estes atores (trabalhadores e gestões municipais, estaduais e federal) comprometam-se e impliquem-se com a AB. Ademais, que trabalhadores da AB e gestão possam discutir, negociar e definir prioridades na autoavaliação e na pactuação de metas respeitando os diferentes contextos e as diferentes realidades locais e regionais; bem como, que obtenham uma visão avaliativa distanciada, da AB municipal, por ocasião da avaliação externa (Vieira-de-Souza, 2014), e que possam utilizar todas essas informações para reconstrutualizar um novo ciclo em busca da melhora da qualidade do atendimento prestado.

Porém, observamos que a intermediação da gestão municipal para a implantação e implementação do PMAQ-AB em Guarulhos não tem sido traduzida de forma a proporcionar essa negociação e discussão com os trabalhadores da saúde.

Notamos que a mobilização da SMS para o PMAQ-AB é motivada apenas pelo cumprimento das suas fases, sem a reflexão necessária e com o objetivo de obtenção de recursos. Por mais que se reconheçam melhoras, há que se avaliar que o cuidado com os trabalhadores, principalmente com sua saúde, parece ter sido deixado de lado pela SMS.

Mesmo com os diversos problemas apontados, o trabalho em equipe e a proposta do PMAQ-AB para mudança dos processos de trabalho, foi avaliada pelos gestores centrais, locais, bem como pelos servidores como uma ferramenta importante para a melhora da qualidade do atendimento prestado no município de Guarulhos.

Com esta Tese pudemos observar diversas ações de mudança dos processos de trabalho advindos das diretrizes do Programa que proporcionaram a melhora da organização do trabalho e a consequente melhora na qualidade da AB. Autores como Feitosa e cols. (2016) analisaram as percepções de trabalhadores da AB de um município do estado do Rio Grande do Norte que também aderiu ao PMAQ-AB, avaliando que a contínua análise e planejamento por ele proporcionada, visando a transformação dos processos de trabalho, vem contribuindo para a melhora da qualidade no atendimento e na gestão.

Apontam, assim,

(...) a importância de os profissionais de saúde compreenderem a proposta do PMAQ-AB, pois, podem implicar na proposta e construir, a partir de um trabalho coletivo em saúde, estratégias de acordo com as necessidades de saúde da comunidade. Cria-se a possibilidade de institucionalizar, dentro dos processos de trabalho de cada profissional, a cultura da melhoria e de monitoramento da qualidade das práticas de saúde na AB (Feitosa e cols., 2016, p. 825).

Na mesma linha, Garcia e cols. (2014) revelaram aspectos positivos da organização da AB em 78 municípios do Espírito Santo, no contexto avaliativo do PMAQ-AB, no período de junho a setembro de 2012. Tais autores constataram avanços e desafios na ampliação do acesso e melhora da qualidade da AB, numa análise que aponta a existência de práticas de planejamento e organização dos processos de trabalho; territorialização e acolhimento sendo difundidas na cultura institucional como consequência da adesão ao PMAQ-AB, demonstrando o papel central dos profissionais no planejamento de suas próprias atividades.

Entendemos, ao final do estudo, assim como Giovanella e cols. (2018), que o PMAQ-AB tem sido importante meio para mobilizar transformações nos processos de trabalho e consequente melhora na AB tanto no município de Guarulhos como em diversos outros municípios pelo país.

Uma das importantes diretrizes do PMAQ-AB é a da adesão voluntária para a contratualização no Programa, aspecto que não foi respeitado pela gestão de saúde municipal de Guarulhos no 1º. ciclo, sendo que os servidores foram obrigados a participar, sob a promessa de mais recursos para AB municipal e consequente recebimento de gratificação salarial possibilitada pelo Programa. A isso somou-se uma indefinição do processo de avaliação.

No segundo e terceiro ciclos do Programa, a obrigatoriedade persistiu mesmo com a insatisfação dos servidores da AB pela já conhecida forma de avaliação, o que nos fez entender que tal realidade, pode afetar, sem dúvida, o envolvimento e a motivação para o trabalho.

Bertusso e Rizzotto (2018), estudando uma região de saúde do Paraná, procuraram observar as mudanças trazidas pelo PMAQ-AB no agir de 21 equipes de ESF e também



apontam o descumprimento da diretriz da voluntariedade. Neste caso, muitas equipes tomaram conhecimento do PMAQ-AB apenas por ocasião da avaliação externa. Assim, o pouco diálogo, mostrado pelo estudo, pode gerar sentimento de exclusão e não pertencimento, além de ratificar que a tomada de decisão é muito mais efetiva quando envolve todos os atores participantes do processo, o que também é orientação prevista nos manuais do PMAQ-AB (Brasil, 2012; 2013; 2017).

Linhares, Lira e Albuquerque (2014) avaliaram o processo de implantação do PMAQ-AB no estado do Ceará. O estudo mostrou que a implantação do Programa ocorreu de forma verticalizada, por parte do MS, apontando que há necessidade de readequação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, além da melhoria da participação do nível estadual no financiamento da AB.

Considerando as similitudes de achados por nós obtida, seria recomendável que a SMS-GRU para os próximos ciclos, respeite a diretriz da voluntariedade para que seus servidores sintam-se protagonistas do PMAQ-AB.

Quanto à fase do desenvolvimento do PMAQ-AB, foi apontado pelos servidores entrevistados que responder à autoavaliação é importante para o planejamento das atividades, ratificando seu objetivo (Brasil, 2012; 2013; 2017), porém, o AMAQ-AB acabou revelando-se um instrumento deveras tecnicista e confuso para os próprios servidores. Além do mais, foi possível perceber que o uso do AMAQ-AB foi episódico, isto é, vem sendo utilizado apenas como mero aspecto do cumprimento de uma das fases do PMAQ-AB.

Como já demonstrado anteriormente neste texto, algumas equipes não responderam ao AMAQ-AB, outras relataram o quanto o instrumento foi deixado de lado em prol de outras atividades considerados mais importantes, como o atendimento. Assim, seu preenchimento acabou sendo, por vezes, delegado apenas a uma pessoa da equipe ou ao gestor da UBS. Percebemos, então, que por mais que o planejamento seja importante, ele não está atrelado aos momentos avaliativos, como poderemos perceber mais à frente.

Cruz, e cols. (2014) apontaram que o AMAQ-AB não pode ser tratado apenas como ferramenta burocrática, sem envolver quem, de fato, atua no cuidado da AB. Apesar disso, seu estudo que objetivou caracterizar o uso da autoavaliação no planejamento para a melhoria do processo do trabalho, afirmou que as equipes realizam a autoavaliação, mesmo que com pouca integração, divergindo do observado nesta Tese e demonstrando particularidades do município aqui estudado.

Outro fator que desfavorece o planejamento do processo de trabalho, conforme prevê o PMAQ-AB, é a falta de tempo para realizar as atividades para tal, o que se expressa diversas vezes na sobrecarga de trabalho, como observamos no trabalho de campo.

Por outro lado, o uso do AMAQ-AB por parte das gestões centrais deve ser utilizado com cautela para que não se transforme em instrumento de punição e motivo de competição (Brasil, 2012; 2013; 2017), como aconteceu na região B, mesmo que não houvesse essa intenção.

De qualquer forma, a autoavaliação pode fornecer um olhar mais cuidadoso e reflexivo por parte da equipe sobre seu próprio trabalho e, se for utilizado de forma contínua, pode ser uma estratégia que consolide os parâmetros necessários para se alcançar os indicadores do PMAQ-AB, por meio da mudança dos processos de trabalho gerando, por consequência, melhora na qualidade no serviço prestado.

Quanto ao MI, percebemos um descompasso entre as prioridades das equipes e as do PMAQ-AB. Enquanto o Programa busca respeitar as realidades locais, a gestão central do município de Guarulhos procurou padronizar metas rígidas em detrimento desta diversidade. Isto acontece no caso de UBS situadas em regiões de maior poder aquisitivo e que não atendem a totalidade de pessoas da região, já que muitas possuem convênio médico; ou em UBS que têm bom controle de hipertensos e diabéticos com número menor do que o padrão nacional.

Contrariamente ao que observamos no município estudado, Furtado (2001) aponta que a avaliação é o espaço para a intervenção dos coletivos na perspectiva da avaliação participativa visando rever os papéis daqueles que avaliam.

Nesta linha, posicionam-se Souza e Cunha, 2013 (p.660):

Nesse caso, os atores envolvidos participariam da construção de indicadores e critérios para avaliar seu processo de trabalho. Tal processo não visa somente à construção em si de indicadores, mas a propiciar momentos de debate sobre objetos e objetivos da instituição a que pertence. Num contexto em que esse processo é apoiado por um agente externo, pode-se analisar o jogo de parcialidades entre os interesses próprios aos grupos e os interesses institucionais, possibilitando a construção de horizontes comuns aos diferentes interesses. A ênfase, nesse caso, encontra-se no fortalecimento da democracia institucional e capacidade crítica, sendo a avaliação um instrumento que pode e deve auxiliar tal processo.

Dessa forma, recomendamos que a SMS realize diagnóstico aprofundado da situação sanitária do município e das diferentes realidades de sua população, propondo uma pactuação de metas mais realista.

Além disso, percebemos que é o MI que orienta o planejamento das equipes. Neste contexto, o quantitativo das metas a serem atingidas sobrepõe-se ao qualitativo dentro da

autoavaliação. Os indicadores produzidos pelo Monitoramento têm um foco quantitativo para alcance de metas de produtividade com o intuito apenas de balizar o repasse financeiro para os municípios (Moreno, 2018), o que prejudica o efetivo monitoramento e sua real função.

O ideal é que autoavaliação e o Monitoramento caminhem juntos no processo de trabalho das equipes, o que nos pareceu não ocorrer, sendo algo a ser priorizado pela gestão municipal.

Canto (2014), buscou verificar se os efeitos pretendidos pelo PMAQ-AB foram alcançados através da subdimensão da avaliação externa intitulada "Planejamento das equipes de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes" (Brasil, 2017b). Assim, aponta que o MI é uma forma de avaliar se um serviço de AB está ofertando ações em saúde para a população, porém, mais do que isso, não deve ser visto como atividade meramente burocrática, devendo servir para gerar informações que embasem ao planejamento, monitoramento e avaliação das equipes podendo promover a transparência, contando com a participação da comunidade. Observou que houve avanço na melhoria do acesso em consequência de uma maior percepção das equipes quanto as necessidades da sua população embasadas em planejamento e monitoramento de ações (Canto, 2014).

Em Guarulhos, o MI realizado por meio do sistema E-SUS tem diversas dificuldades para sua implementação, as quais relacionam-se à pouca infraestrutura, demonstrada na falta de equipamentos de informática, baixas conectividade e manutenção. O atraso na implantação do sistema no município gerou grande sobrecarga, sobretudo aos ACS para o cadastramento e higienização do cadastro dos usuários.

Uma das possibilidades de solução para tal sobrecarga seria a compra de tablets e qualificação no seu uso para o cadastro de usuários. O recurso repassado pelo MS ao município por meio do componente de qualidade poderia ser usado na aquisição destes equipamentos.

Além disso, entendemos ser ético que cada profissional preencha sua própria produção no E-SUS, demonstrando a necessidade de que este seja melhor adaptado à realidade das UBS, facilitando o trabalho das equipes, com equipamentos suficientes e boa conectividade.

Uma sugestão para o município de Guarulhos, proposta por ocasião dos GF, feita por um médico é a implementação de um leitor de código de barras para o preenchimento automático dos dados cadastrais nos atendimentos médicos e de enfermagem, diminuindo o tempo de atividades burocráticas, melhorando a qualidade e o tempo do atendimento prestado.

Quanto à EP, o município de Guarulhos não utiliza os dispositivos propostos pelo MS, ao passo que a SMS não oferece cursos de aprimoramento, o que gera dificuldade na

qualificação do pessoal da AB. Outra dificuldade, por nós constatada, é o fato das capacitações serem ofertadas a multiplicadores membros das próprias equipes os quais, por diversas vezes, não transmitem fielmente o conhecimento recebido para os servidores à sua volta.

Machado e cols. (2015) analisaram as ações de EP na AB em Mato Grosso do Sul, na perspectiva de 184 equipes participantes da primeira fase do PMAQ-AB. Entre as ações de EP, os cursos presenciais foram mais prevalentes, seguidos por troca de experiência, teleducação, ensino à distância e tutoria/preceptoria, tanto na capital quanto no interior.

Esta experiência de outros municípios pode proporcionar subsídios para o planejamento de ações em EP no município estudado e em outras localidades que apresentam deficiências nesta questão.

Bezerra e Medeiros (2018) analisaram as questões relativas à EP a partir do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB e concluíram que este é limitado, mas que possui potencialidades, na medida em que levanta quais são as ações de EP mais adequadas ao perfil das equipes; ao considerar como padrão de qualidade o ensino-serviço e ao buscar observar se a recepção de pesquisadores e estudantes na avaliação das equipes articula as ações desenvolvidas com seus processos de trabalho. Nesse sentido o município é bem avaliado e as potencialidades do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB apontadas do estudo, demonstraram isso.

Uma das potenciais ações em EP tratada nos resultados desta Tese foram as rodas de conversa e o quanto há necessidade de que não sejam um espaço apenas de informes e discussões burocráticas (Lacaz; Goulart e Junqueira, 2017) como informaram os servidores entrevistados. Nesse sentido, considera-se exitosa a experiência da UBS 3B que desenvolve ações utilizando a cogestão (Campos, 2000) como mote para que aconteçam mudanças no processo de trabalho. Seria interessante que a SMS conhecesse tal experiência de ação e a replicasse em outras UBS como forma de EP.

Quanto às atividades de AI, pudemos perceber que havia uma consonância na proposta dos AAB com o PMAQ-AB no primeiro ciclo, por proporcionar sua proximidade com as equipes, auxiliando a construção coletiva de ações em prol da implantação do Programa no município, superando o modelo de controle autoritário das formas de gestão hoje existentes (Reis e Hortale, 2004).

Ocorre, porém, que com a perda da maioria dos AAB e consequente distanciamento das equipes de ESF pelos poucos profissionais que restaram, fato este sentido pelos servidores e pelas gestões locais e centrais de Guarulhos, o AI ficou defasado, e nos parece não estar

atingindo o seu objetivo de auxiliar efetivamente a superação das dificuldades cotidianas de trabalho das equipes. Percebemos, também, que as equipes necessitam de melhor comunicação com seus gestores como, por exemplo, na devolutiva quanto às notas recebidas pela certificação e na devolutiva quanto ao uso de recursos. Se a equipe tornar-se responsável pela avaliação que recebe, o mínimo que se espera é que tenham controle sobre os resultados e autonomia para intervir neles.

Frise-se que o AI tem sido relacionado com um melhor resultado na certificação do PMAQ-AB. Em estudo estatístico dos dados de todos os municípios do país, em 2012, advindos da avaliação externa do PMAQ-AB, Santos e cols. (2015b) concluíram que municípios com mais de quatro atividades de AI obtiveram maiores resultados na certificação. Rodrigues; Santos e Pereira (2014) relataram a experiência da implementação do PMAQ-AB no Acre fortalecendo que o AI também pode ser mediador e redutor de conflitos institucionais.

Concluimos então, pelo que observamos nos trabalhos de campo, que seria necessário ao município de Guarulhos, a reconstrução de AAB em número proporcional às equipes de ESF, visando retomar a proximidade e o vínculo com os servidores, quiçá promovendo a cogestão (Campos, 2000; Brasil, 2012; 2013; 2017) para a melhoria dos processos de trabalho.

A avaliação externa do PMAQ-AB implica maior distância entre o avaliador e o objeto de avaliação. A percepção daquele que está inserido no Programa pode trazer aspectos que não são perceptíveis pela avaliação externa valorizando aspectos subjetivos da avaliação (Vieira-da-Silva, 2014). Dessa forma o PMAQ-AB mostrou-se estruturado para buscar apreender estes vários aspectos tanto de dentro quanto de fora dos serviços da AB, assim como dados qualitativos e quantitativos. Apostamos que é a forma de utilização dessas informações pelos municípios que promoverá a efetiva melhora na qualidade da AB.

Ademais, através dos editais de contratação de entrevistadores e supervisores do PMAQ-AB, observamos que o tempo destinado à capacitação diminuiu no terceiro ciclo, se comparado ao primeiro. A já discutida falta de recursos públicos e o receio da descontinuidade da avaliação externa apontada por Giovanella e cols. (2018), pode ser um dos motivos desta situação. Entendemos que isso é um fator negativo para a preparação daqueles que avaliarão um contexto tão complexo quanto o do trabalho das equipes de ESF. Os servidores ratificam essa ideia quando apontam que os avaliadores pareciam não entender o contexto local das UBS nas suas visitas. Sugerimos, neste caso ao MS, que repense o tempo de capacitação de forma a preparar melhor os entrevistadores para a realidade que observarão com o intuito de realizar uma avaliação mais fidedigna.

Outro ponto da avaliação externa é o reforço do modelo hierárquico que privilegia as opiniões do respondente de nível superior em detrimento daquelas dos profissionais de ensino médio e fundamental. Segundo Cunha e cols. (2016) deve-se romper a lógica positivista e hierárquica nas intervenções que intencionem a mudança efetiva na realidade de diversos atores, nesse caso, da AB. Demonstra-se assim, existir um modelo verticalizado (Reis e Hortale, 2004) em que o PMAQ-AB se contradiz ao propor essa regra, quando procura superar este próprio modelo em suas diretrizes (Brasil, 2012; 2013; 2017).

Além disso, entendemos que a avaliação externa gera notas especificamente para as equipes de saúde, o que parece-nos reforçar a responsabilização apenas de uma parcela daqueles que trabalham na AB deixando de fora a gestão municipal.

Consideramos que é de extrema importância que os usuários sejam envolvidos no processo de avaliação externa do PMAQ-AB, já que são os usuários do SUS.

Protasio e cols. (2017) analisou os dados referentes à percepção dos usuários sobre a AB em todo país, através dos dados da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB. Concluíram que a satisfação dos usuários relaciona-se mais com o atendimento humanizado do que com as condições estruturais das UBS.

Quanto às notas geradas após a avaliação externa, que certificam as equipes de ESF, percebemos que o pagamento por metas pode limitar alcance dos resultados obtidos, visto que houveram relatos de subnotificação e superdimensionamento de indicadores por pressão das gestões, por medo de receber uma nota baixa na avaliação afetando, posteriormente, a gratificação paga aos servidores pela SMS. De acordo com Giovanella e cols. (2018), a transferência de recursos financeiros vinculados aos resultados do PMAQ-AB tendem a produzir vieses de positividade, com resultados provavelmente melhores que a realidade. Também podem diminuir a capacidade crítica da avaliação (Cunha e Souza, 2013).

Nesta perspectiva, Moraes e Iguti (2013) apontam que o PMAQ-AB explicita seu caráter competitivo pela sua configuração de pagamento por gratificação como discutiremos a seguir. Salientam, também, que tal competição gera uma pressão por pares, visto que o desempenho de um indivíduo pode afetar a equipe toda, algo característico da gestão gerencialista aplicada ao setor público (Lacaz; Goulart; Junqueira, 2017).

Entendemos que tal forma de incentivo financeiro necessita de maior aprofundamento na medida em que, atualmente, o repasse aos municípios e gratificação de trabalhadores pelo alcance de metas tem sido utilizado como meio ideal de recursos para a saúde. Barreto (2015) aponta em sua revisão de literatura sobre o assunto que estudos observacionais tendem a

concluir efeitos positivos sobre a melhoria de qualidade da AB. Já estudos mais críticos não são tão favoráveis àquela forma de incentivo. Assumem que o pagamento por desempenho pode ser útil, principalmente a curto prazo, mas precisa ser utilizado com cautela e planejamento por poder causar efeitos indesejáveis como a negligência das tarefas não recompensadas e fraude de informações.

Esses efeitos indesejáveis podem gerar problemas quando servem de base para elaboração de pesquisas na área, principalmente quando se fala de fraude de informações. Como pudemos verificar, são numerosos os estudos em AB que nos últimos anos utilizaram e vem utilizando os microdados do PMAQ-AB, como os de Janssen; Fonseca e Alexandre (2016); Losso e Freitas (2017) e Pocas; Freitas e Duarte (2017).

Estes autores utilizaram os dados do PMAQ-AB nos mais variados aspectos e em diferentes localidades, demonstrando que o PMAQ-AB é uma importante fonte de dados para o entendimento das diferentes realidades do SUS no país. Considerando os já mencionados relatos de subnotificação e superdimensionamento de dados e indicadores em Guarulhos e vieses de positividade (Giovannella e cols., 2018), é necessário que essa limitação seja avaliada e criados mecanismos para que isso seja evitado.

Quanto a discussão sobre os recursos públicos advindos do componente de qualidade do PMAQ-AB, salientamos que não houve, nesta Tese, a pretensão de refutar ou denunciar se os valores estão corretos ou se correspondem ao que foi publicado nos dois portais de transparência, mas sim de observar a forma como estes são disponibilizados.

Como já dito várias vezes, o PMAQ-AB tem como objetivo melhorar a qualidade da AB e o principal motor para que ele se realize são os trabalhadores dos serviços básicos de saúde que são avaliados tanto pela gestão local em nível central do município, como pelo MS (Brasil, 2012).

Guarulhos pretendeu valorizar seus trabalhadores a partir do pagamento de gratificação pelo alcance das metas contratualizadas no Programa. Os dados levantados pelo nosso estudo mostram que, mesmo que o servidor não tenha trabalhado para o alcance das metas, ele pode receber a gratificação, mas não é possível observar se os valores são pagos corretamente, pois não há definição de qual o valor exato para cada cota que o trabalhador faz jus.

Destacamos, também, que apesar da gratificação ser prometida por ocasião da implantação do PMAQ-AB, sua concretização ocorreu somente após três anos. Sendo assim, as condições para seu recebimento pelos servidores foram publicizadas somente em 2014, pela

lei municipal 7.252 (Guarulhos, 2014), fazendo com que muitos servidores não fizessem jus à gratificação, afetando sua motivação para o trabalho, como relatado nos GF.

O processo ajuizado pelos servidores contra a SMS pelo não pagamento das gratificações aos servidores de nível superior, leva-nos a sugerir que o município tenha um planejamento que possa garantir o pagamento descrito em lei ou que seja revisada, para que se realize o pagamento das gratificações, mensalmente, por exemplo, permitindo maior controle por parte do servidor dos elementos que condicionam o recebimento da mesma.

O reconhecimento do trabalho é importante para a proteção do adoecimento mental (Breihl, 2003; Dejours, 2007), algo que a gratificação por alcance de metas do PMAQ-AB pode representar, mas sugerimos precaução e planejamento no seu uso para que os servidores não ultrapassem seus limites subjetivos ou trabalhem doentes como foi relatado no item 9.5 desta Tese, gerando situações como a do presenteísmo (Lacaz; Goulart e Junqueira, 2017).

Além disso não há como certificar a forma de gasto do recurso advindo do PMAQ-AB, visto que não se encontra, facilmente, dados sobre as despesas públicas em saúde relacionadas ao componente de qualidade do PMAQ-AB. Assim, não há como saber se efetivamente os 80% no primeiro ciclo e os 60% de recursos advindos do segundo ciclo do Programa destinados primordialmente à melhora da qualidade da AB foram assim utilizados, visto que as contas públicas do município veem sendo repetidamente rejeitadas, com destaque para o não cumprimento das metas em saúde preconizadas pelo MS conforme atestou o Tribunal de Contas do Estado (2018).

A dificuldade em acessar tais dados diminui a possibilidade do exercício do controle social e dificulta a transparência das ações de AB realizadas pelo município, mesmo que exista a proposta do orçamento participativo que pretende democratizar a gestão (Guarulhos, 2018c).

Gonçalves e cols. (2013) apontaram, por meio da análise de relatórios de prestação de contas estaduais, que apesar da divulgação dos dados, há uma necessidade de melhora no processo de divulgação das informações prestadas pois esta forma de divulgação acaba dificultando sua análise pelos Conselhos de Saúde e demais espaços de controle social. Tal fato é corroborado pela pesquisa de Bittencourt e Reck (2018) que avaliaram os portais de transparência de municípios do Rio Grande do Sul a partir da Lei de Acesso à Informação, analisando seus limites. Identificaram que há uma falta de detalhamento de informações essenciais quando atendem formalmente as determinações da Lei, mas se afastam das suas recomendações mais gerais. Assim não atingem um contexto democrático pois o direito à informação é condição fundamental para o controle social. Estes estudos demonstram o quanto



o Brasil ainda está longe de efetivar o controle social por meio da transparência dos gastos públicos em Saúde.

Salientamos que uma vez sobre isso interrogados, nem os servidores, nem os gestores locais e centrais souberam informar como os recursos advindos do PMAQ-AB foram utilizados. Para superar esta situação, sugerimos a realização de reuniões de prestação de contas para que os servidores possam entender de que forma a verba recebida por ocasião de suas notas e consequentemente de seu esforço no trabalho, foi utilizada no município e o que traz de retorno para seu trabalho na AB.

Quanto à temática relativa à tríade trabalho, saúde e adoecimento buscamos observar qualitativamente se a implantação do PMAQ-AB influenciou a saúde dos servidores. Como já dito no início deste item, não analisamos estatisticamente os dados de afastamento dos servidores da AB, porém, os relatos obtidos nas entrevistas e GF mostram essa influência.

Mesmo que tal ocorra, em Guarulhos, os servidores, gestores locais e centrais afirmaram que o PMAQ-AB influencia positivamente nos processos de trabalho. Porém, também relatam que ele acentuou o estresse e levou à sobrecarga dos servidores, principalmente devida falta de condições ideais de trabalho para que o Programa ocorresse. Um dos elementos que contribuem para esta constatação relaciona-se, sobretudo, à falta de infraestrutura para a alimentação do E-SUS. Diante disso, sugerimos a instalação de maior número de computadores e melhor conectividade nas UBS, além do uso de tablets para registro de ações no território. Neste sentido, Giovanella e cols. (2018) por meio de análise aos dados da avaliação externa do PMAQ-AB no primeiro e segundo ciclos, afirmam que a melhora na infraestrutura das UBS é uma necessidade real da AB brasileira.

Outro ponto das condições de trabalho que levantamos foi o quadro reduzido de pessoal na SMS de Guarulhos. Essa redução deve-se à rotatividade que afeta, em todos os sentidos, os padrões do PMAQ-AB.

De acordo com os servidores, gestão central e gestão local, a rotatividade é causa de sobrecarga no trabalho, dificultando a continuidade das ações em EP, afetando o planejamento de atividades das equipes, bem como a avaliação externa e o conhecimento do programa, por parte de servidores recém-chegados às equipes contratualizadas. Este achado ratifica o que apontam Giovanella e cols. (2018) quando colocam que a rotatividade de profissionais e a não fixação na equipe de ESF são grandes desafios que o PMAQ-AB deve se propor a analisar e evitar. Mendonça e cols. (2010) apontam que a oferta de qualificação e EP para os servidores pode incidir na redução da rotatividade.

Quanto à organização do trabalho os servidores relataram sobrecarga, como já dito diversas vezes nesta Tese, pressão e cobrança exacerbadas por parte da gestão local e central, competição entre pares proveniente desta cobrança, violência e assédio advindos dos usuários. Essa sobrecarga pode culminar no afastamento por doença dos servidores, afetando o quadro de servidores da SMS.

Estudos realizados no mesmo município (Lacaz; Goulart e Junqueira, 2017) já relatavam esta realidade ao estudar as repercussões psicossociais do trabalho na saúde dos trabalhadores da saúde. A cobrança de metas, o excesso de trabalho e de burocracia, condições precárias de trabalho dentre outros fatores, contribuem para o sofrimento e o desequilíbrio psíquico (Dejours, 2007). Paim (2009) salienta que um sistema de saúde contaminado pelo lucro e que inventiva a competitividade, reforçando o egoísmo, quebra os valores éticos da igualdade e da solidariedade, quando o respeito e a compaixão são secundarizados, aspectos este justamente valorizados pelos servidores da AB de Guarulhos.

Quanto à retaguarda de assistência à saúde dos próprios servidores da saúde, não há reconhecimento, por parte deles, dos dispositivos municipais para o cuidado da sua saúde. Dispositivos como o SESMT, tornaram-se apenas equipamento burocrático para o controle de atestados, como já denunciemos em outro estudo (Vechia, 2017). A saúde mental, que é bastante prejudicada na atualidade do mundo do trabalho nos serviços (Coneglian e cols., 2017; Goulart e Lacaz, 2017) é colocada de lado e os servidores não entendem como sendo efetivo o atendimento nestes casos, assim como não reconhecem serviços existentes como os descritos no item 9.5. Assim, recomendamos um olhar mais apurado para a saúde mental dos servidores da SMS, especialmente da AB.

A garantia de qualidade da AB será alcançada, fundamentalmente, pela confiança e pelo vínculo entre seus trabalhadores e usuários (Paim, 2009).

Para os servidores, o reconhecimento e a gratidão são aspectos do trabalho protetores da saúde ao relatarm, nos GF, diversas situações em que são reconhecidos pelos usuários pelo serviço prestado, o mesmo não ocorrendo por parte da gestão.

Relatam também diversas estratégias individuais de resiliência e há uma unanimidade no reconhecimento que o apoio da própria equipe de trabalho é sua forma coletiva de resistência.

Em suma, retomando o pressuposto que norteou esta Tese, conseguimos observar que o Programa não significou uma melhora nos processos de trabalho na AB, tampouco nas condições de trabalho no município de Guarulhos, principalmente no que concerne à

infraestrutura e quadro de pessoal. Além disso, afetou a saúde dos servidores com percebido desgaste, estresse, sobrecarga de trabalho, havendo falta de reconhecimento dispositivos legais que efetivamente cuidem da saúde, principalmente da sua saúde mental.

Finalizar os GF e entrevistas, assim como os resultados desta Tese com uma visão mais amorosa do trabalho em saúde pode desviar o nosso cansado olhar de todos os problemas que o SUS hoje vive, produzindo força para continuar a atuar com denodo.

Finalizamos, apontando o quanto os GF e as entrevistas foram espaços de conversa e escuta dos servidores, espaços de reconhecimento, de valorização do trabalho e de expressão da sabedoria dos trabalhadores da AB quanto ao trabalho que executam, momentos que faltam nos espaços de trabalho em saúde. Seria de todo salutar que, no município de Guarulhos, tais espaços fossem priorizados e se houvesse um esforço da SMS para promovê-los, algo que, esperamos, a leitura desta Tese pode vir a suscitar, especialmente entre os trabalhadores protagonistas que vem construindo, apesar de tudo, o SUS neste país tão diverso e singular e de dimensões continentais.

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BARRETO, JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2015, v. 20, n. 5, pp. 1497-1514. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.01652014>>. Acesso em nov 2018.
- BAUER M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3a ed. Rio de Janeiro: Vozes; pp.189-217, 2002.
- BERTUSSO, FR; RIZZOTTO, MLF. PMAQ-AB na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em fev. 2019.
- BEZERRA, MM e MEDEIROS, KR. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S213>>. Acesso em fev. 2019.
- BITTENCOURT, CM e RECKR, JR. Interações entre Direito Fundamental à Informação e Democracia para o Controle Social: uma leitura crítica da LAI a partir da experiência dos portais de transparência dos municípios do Rio Grande do Sul **Revista de Direitos Fundamentais & Democracia**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 126-153, set/dez, de 2018.
- BLANCH, JM. Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales bajo La Nueva Gestión. Formació Continuada a Distancia – **Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos**. Decimocuarta Edición Septiembre-October 2011.
- BLANCH, JM. **Trabajar e Bienestar**. Universitat Oberta de Catalunya. 2012.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, pp. 401-412, 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em mar de 2019.

BRASIL. Constituição 1988. **Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015. Altera os artigos. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.** Lex: legislação federal e marginalia. 2015.

BRASIL. MS. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Portaria GM n. 699/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 pp.

BRASIL. MS. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jul 2011. Seção1, p.79. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html). Acesso em dez 2015.

BRASIL, MS. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 out. 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em dez 2015.

BRASIL, MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade.** Brasília, DF: 2012. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_PMAQ-AB\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_PMAQ-AB_site.pdf). Acesso em: dez, 2014.

BRASIL, MS. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ-AB 1º ciclo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL, MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade.** Brasília, DF: 2013. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_PMAQ-AB\\_AB2013.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ-AB_AB2013.pdf). Acesso em: dez, 2014.

BRASIL, MS. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ-AB 2º ciclo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, MS. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. **Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Brasília: Diário Oficial da União, edição de 10 de julho de 2013c.

BRASIL, MS. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (1º ciclo)**. Brasília, DF: 2013d. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_PMAQ-AB.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_PMAQ-AB.pdf). Acesso em dez 2018.

BRASIL, MS. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2º ciclo)**. Brasília, DF: 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_2\\_ciclo\\_PMAQ-AB.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_PMAQ-AB.pdf). Acesso em dez 2018.

BRASIL, MS. Portaria Nº 1.658 de 12 setembro de 2016. **Homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Diário oficial da União, edição de 12 de setembro de 2016.

BRASIL, MS. Ofício- circular de 9 de novembro de 2016. **Encerramento do contrato administrativo nº 75/2014 – Programa Nacional de Banda Larga**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/PNBL.pdf>. Acesso em jan., 2016b.

BRASIL, MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade**. Brasília, DF: 2017. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ-AB.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ-AB.pdf)> Acesso em: ago, 2018.

BRASIL, MS. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ-AB 3º ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. MS. Portaria 3.992/2017. **Dispõe sobre a organização dos blocos de financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde**. Diário oficial da União. Edição de 28 de dezembro de 2017c.

BRASIL, MS. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. **Diário Oficial da República Federativa do**

**Brasil.** Brasília, DF, 22 set. 2017d. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em fev. 2019.

BRASIL, ANS. **Perguntas & Respostas sobre o Cartão Nacional de Saúde (CNS)**. Disponível em <http://www.ans.gov.br>. Acesso em ago, 2018

BRASIL, MS. **1º lista de certificação, 3º ciclo do PMAQ-AB**. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_PMAQ-AB.php?conteudo=3\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_PMAQ-AB.php?conteudo=3_ciclo). Acesso em jan. 2019.

BRASIL, MS. **PMAQ-AB, Estratos para Certificação**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos\\_para\\_certificacao.php](http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php). Acesso em jan. 2019c.

BRASIL, ANS. **Perguntas & Respostas sobre o Cartão Nacional de Saúde (CNS)**. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/FAQ\\_CNS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/FAQ_CNS.pdf). Acesso em dez de 2018.

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. **Ciência e saúde coletiva**, vol. 8, num. 4, pp. 937-951, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000

CANTO, RBB. **Planejamento das equipes de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes: a contribuição do PMAQ-AB sobre os movimentos de mudança de gestão das equipes**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul: 2014

CASTRO, A.L.B.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Financiamento da atenção básica no SUS. **Texto preparatório para o Abrascão 2018**. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CastroLimaMachado-Financiamento-da-APS-2018-1.pdf>. Acesso em julho de 2018.

CECCIM, R. B., CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. *et al.* **Educação médica em transformação**. São Paulo: Abem / Hucitec, 2004. p. 346-390.

CHIORO DOS REIS, A. A. e cols. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 122-135, 2016.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Tradução de Adail Sobral. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

CONEGLIAN, e cols. Gestão do trabalho em saúde e sofrimento físico-mental dos trabalhadores do SUS municipal. In: LACAZ, FAC; GOULART, PM; JUNQUEIRA, V. (Org.).

**Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde.** 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2017

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em 01/07/2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. e cols. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em fev. 2018.

CRUZ, MM e cols. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600124&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600124&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em dez 2015.

CUNHA, FM e cols. A importância da articulação do trabalho em rede: a experiência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB. In: GOMES, LB; BARBOSA, MG e FERLA, AA (orgs.). **A EP em saúde e as redes colaborativas:** conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 235-250.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho:** estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992. 5. Ed.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho.** São Paulo: Editora Atlas, 1994.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, AM. **Diálogos em psicodinâmica do trabalho.** Brasília: Paralelo 15, 2007.

DUBOIS, C. e cols. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A, e cols. **Avaliação: conceitos e métodos.** Trad. Michel Colin. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. Pp 19-40.

FAUSTO, MCR; ALMEIDA, PF; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, MHM, e cols. (Org.). **Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018, p. 51-72.



- FEITOSA, RMM e cols. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, set. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em dez. 2019.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.165-181, 2001.
- FURTADO, JP. **Por que avalio? Como avalio? O que aprendi ao avaliar?** 2018. Tese (Livre-docência) - Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2018.
- FURTADO, JP e cols. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em dez 2019.
- GARCIA, ACP e cols. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde debate [online]**. 2014, vol.38, n.spe, pp. 221-236. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S017>. Acesso em dez 2015.
- GEHRING JUNIOR, G.; SOARES, S. E.; CORREA-FILHO, H. R. Serviços de Saúde do Trabalhador: a cogestão em universidade pública. **São Paulo em Perspectiva**, num.17, pp. 98-110, 2003.
- GIOVANELLA, L. e cols. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, e cols. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2018.
- GLINA, D. e cols. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, vol.3, num. 17, pp.607-616, 2001.
- GOMES, R. e cols. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.185-221, 2005.
- GONCALVES, RS e cols. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1001-1013, dez. 2013.

GOULART, PM e LACAZ, FAC. Gestão do Trabalho em Saúde e Repercussões Psicossociais: uma visão de médicos e enfermeiros que atuam no SUS. In: LACAZ, FAC; GOULART, PM; JUNQUEIRA, V. (Org.). **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. 1ed.São Paulo: HUCITEC, 2017, pp. 293-330.

GRIMM, SCA; TANAKA, OY. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 585-594, set. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000300585&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300585&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em dez, 2018.

GUARULHOS, Prefeitura Municipal. **Lei nº 6.359, de 3 de abril de 2008. Dispõe sobre a Estrutura, Organização e Funcionamento da Carreira e Remuneração dos Profissionais da Saúde, da Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos**. Diário Oficial do Município de Guarulhos. Edição de 03 de abril de 2008.

GUARULHOS, Prefeitura Municipal. **Lei nº 6.384, de 2 de junho de 2008. Dispensa uma vez por ano do dia de trabalho a funcionária pública municipal para a realização do exame preventivo de câncer ginecológico**. Diário Oficial do Município de Guarulhos. Edição de 02 de junho de 2008b.

GUARULHOS, Prefeitura Municipal. Decreto nº 26613 de 17 de julho de 2009. Institui e dá publicidade à Política de Saúde e Segurança do Trabalhador da Prefeitura de Guarulhos. **Diário Oficial do Município de Guarulhos**. Edição de 17/07/2009

GUARULHOS, Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 2010. Disponível em: [http://www.guarulhos.sp.gov.br/files/plano\\_m\\_saude\\_2010\\_2013\\_final\\_julho-11.pdf](http://www.guarulhos.sp.gov.br/files/plano_m_saude_2010_2013_final_julho-11.pdf). Acesso em 10/08/2014.

GUARULHOS, Diário Oficial. **Portaria nº 120/2010-SS Abertura de Seleção Interna para designação de Articulador da Atenção Básica**. Edição de 26 de novembro de 2011. Guarulhos, 2011

GUARULHOS, Prefeitura Municipal. **Lei nº 6.820, de 28 de março de 2011. Dispõe sobre alteração de dispositivos e anexos da Lei nº 6.359/08, revoga o art. 2º da Lei nº 6.501/09, e dá outras providências**. Diário Oficial do Município de Guarulhos. Edição de 28 de março de 2011b.

GUARULHOS, Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Lei Municipal nº 7252, de 10 de abril de 2014. **Autoriza o repasse de incentivo financeiro proveniente do Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) aos servidores da**

**administração direta e municipalizados que atuem nas Unidades de Saúde com equipe contratualizada ao Programa e dá outras providências.** Disponível em: [http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06\\_prefeitura/leis/leis\\_download/07252lei.pdf](http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/07252lei.pdf). Acesso em jan. 2018.

GUARULHOS, Secretaria de Saúde. **Incentivo financeiro do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica - PMAQ-AB/AB.** Disponível em: <http://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/Informativo%20PMAQ-AB%20-%20Abr%202014.pdf>. Acesso em out 2016

GUARULHOS, SMS. Portaria n. 127/2016-SS. Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Saúde do Município de Guarulhos. **Diário Oficial de Guarulhos**, edição de 28 de dezembro de 2016b.

GUARULHOS, SMS. **Unidades Básicas de Saúde**, 2018. Disponível: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/pagina/ubs>. Acesso em nov 2018.

GUARULHOS, Prefeitura Municipal. **Portal da transparência do município de Guarulhos: Contas Públicas.** Disponível em: <http://portaltransparencia.guarulhos.sp.gov.br/contas/contas>. Acesso em ago 2018b.

GUARULHOS, Prefeitura Municipal. **Orçamento Participativo.** Disponível em <http://www.guarulhos.sp.gov.br/pagina/or%C3%A7amento-participativo>. Acesso em ago 2018c.

GUARULHOS, Secretaria de Administração e Modernização. **Manual de descrição de atribuições de cargos e empregos públicos.** Disponível em: [http://portalDOServidor.guarulhos.sp.gov.br/files/manual\\_atribuicoes.pdf](http://portalDOServidor.guarulhos.sp.gov.br/files/manual_atribuicoes.pdf). Acesso em maio de 2018d.

GUARULHOS, Secretaria da Fazenda. **Lei de Diretrizes Orçamentárias e Planos Plurianuais.** Disponível em: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/categories/fazenda>. Acesso em ago 2018e.

IBGE. **Área territorial brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. **Cidades: Guarulhos.** IBGE, 2018. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/guarulhos/panorama>. Acesso em outubro de 2018.

JANSSEN, M; FONSECA, SC; ALEXANDRE, GC. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-152, dez. 2016.

JINKINGS, I; DORIA, K; CLETO, M (Orgs.). **Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise**. São Paulo: Boitempo, 2016.

JUNQUEIRA, V. e cols. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: mar. 2017.

LACAZ, FAC. e cols. Avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Relatório técnico-científico final**. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), 2008. 121 pp. [Mimeo]

LACAZ, FAC e cols. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em jul 2016.

LACAZ, FAC e cols. Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais de saúde do estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal. **Relatório técnico-científico final**. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), 2014. 200 pp. + anexos [Mimeo]

LACAZ, FAC e SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, SF (org.) **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e críticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. pp. 109-139

LACAZ, FAC; GOULART, PM; JUNQUEIRA, V. (Org.). **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2017

LAURELL, AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, AC. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LEMBO, AP; OLIVEIRA, AP; CARRELLI, E. Conversando sobre desgaste mental no trabalho e suas possibilidades de enfrentamento: uma experiência no serviço público municipal de Guarulhos. **Revista brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, v. 41, e12, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572016000100501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100501&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em out 18.

LEÓN, LM; IGUTI, AM. Saúde em Tempos de Desemprego. In: GUIMARÃES, LAM; GAUBITS, S. (org.) **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. pp. 239-258.

LEXML, Rede de Informação Legislativa e Jurídica. Lei nº 5652, de 29 de setembro de 2015. Cria o componente municipal do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB/Municipal, na forma de incentivo financeiro de desempenho. **Diário oficial do Município de Osório**. Disponível em <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br;rio.grande.sul;osorio:municipal:lei:2015-09-29;5652>. Acesso em nov 2018.

LINHARES, PHA; LIRA, GV e ALBUQUERQUE, IMN. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde debate [online]**. 2014, vol.38, n.spe, pp. 195-208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S015>. Acesso em dez 2015.

LOSSO, LN; FREITAS, SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 171-187, set. 2017.

LUDKE, M.; ANDRÉ, MEDA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, ATGM e cols. O papel do supervisor de campo no PMAQ-AB em MG/SP. **Anais do Congresso Brasileiro de Medicina da Família e da Comunidade**. Belém, 2013. Disponível em: <https://cmfc.emnuvens.com.br/brasileiro/article/view/628/626>. Acesso em dez 2018.

MACHADO, JFFP e cols. EP no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 102-113, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100102&lng=en&nrm=iso). Acesso em dez 2015.

MARTINATO, MCNB e cols. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**. 2010;31(1):160-166. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a22v31n1.pdf> Acesso em: dez 2017.

MAZON, LM e cols. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 38-51, jan. 2018.

MEDEIROS, CSG e cols. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, Jun 2010.

MENDONÇA, MHM e cols. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da ESF. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, n. 15 v. 5, 2010, p. 2355-2365.

MERLO, ARC. Psicodinâmica do Trabalho. [pp. 130-142] In: JAKES, MG; CODO, W (orgs.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**, Editora Melhoramentos Ltda, 2015. ISBN: 978-85-06-04024-9. Recuperado de <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

MINAYO-GOMEZ, C; LACAZ, FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência Saúde Coletiva**, vol. 10, num. 4 pp. 797-807, 2005.

MORAES, PN; IGUTI, AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em dez 2015.

MOREIRA, KS; VIEIRA, MA; COSTA, SM. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127, Dec. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000400117&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400117&lng=en&nrm=iso). Acesso em nov 2018.

MORENO, AB. Muito além do básico: as bases de dados em saúde a AB à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, MHM, e cols. (Org.). **Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018, v. p. 265-289.

MOROSINI, MVGC; FONSECA, AF; LIMA, LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em fev. 2019.

NESCON. **Processo de seleção para supervisores e/ou entrevistadores para atuar no projeto Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

**(PMAQ) – 3º ciclo.** Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/Edital-Sele%C3%A7%C3%A3o-PMAQ3-2017-3Ciclo-MG-\\_2%C2%BA-edital-11-07-2017.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/Edital-Sele%C3%A7%C3%A3o-PMAQ3-2017-3Ciclo-MG-_2%C2%BA-edital-11-07-2017.pdf). Acesso em jun 2018.

NEUMANN, APFM; LACAZ, FAC. Gestão do Trabalho em Saúde, repercussões psicossociais e estratégias de resistência: enfrentamento e passividade. In: LACAZ, FAC; GOULART, PM; JUNQUEIRA, V. (Org.). **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. 1ed.São Paulo: HUCITEC, 2017

NORONHA, JC e cols. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, Jun 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602051&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602051&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em dez 2018.

OTICS. Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde – Documentos – **Edital PMAQ 2013**. Disponível em: <http://www.otics.org.br/estante/documentos>. Acesso em dez 2017.

OUVERNEY, AM. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Revista Administração em Diálogo**. São Paulo, vol. 7, n. 1, p.91-106, 2005.

PAIM, JS. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

PINTO, HA; SOUSA, ANA e FERLA, AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate** [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp. 358-372. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>. Acesso em dez 2015.

PINTO, HA; SOUSA, A; FLORÊNCIO, AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECHS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (Edição em Português. Online), v. 6, p. 1-20, 2012.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 252-263, 2000

PIOLA, S.F. **Transferências de recursos federais do SUS para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da lei complementar no 141/2012**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro, 2017.

POCAS, KC; FREITAS, LRS; DUARTE, EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 275-284, jun. 2017.

PROTASIO, APL e cols. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 6, 2017, pp. 1829-1844. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600209&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em dez 2018.

REIS, CCL; HORTALE, VA. Programa de saúde da família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004.

RIZZO, TP; SANTOS, EJ. Gestão do Trabalho em Saúde sob o neoliberalismo: reflexões sobre o conceito de precarização do trabalho em saúde e o papel dos PCCS. In: LACAZ, FAC; GOULART, PM; JUNQUEIRA, V. (Org.). **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. 1ed.São Paulo: HUCITEC, 2017

RODRIGUES, V; SANTOS, CRI; PEREIRA, MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 173-181, out. 2014.

SAGE, MS. **Transferência Fundo a Fundo (Competência) - pagamento para Estados e Municípios – Guarulhos**. Disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em agosto de 2018.

SANTA CATARINA, DOM. Lei nº 1526/2017 Cria gratificação do PMAQ-AB aos servidores municipais da estratégia da saúde da família, e dá outras providências. **Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina**. Disponível em: [http://edicao.dom.sc.gov.br/pdfjs/web/viewer.html?file=http%3A%2F%2Fedicao.dom.sc.gov.br%2F1495734680\\_edicao\\_2261\\_ass.pdf#page=53](http://edicao.dom.sc.gov.br/pdfjs/web/viewer.html?file=http%3A%2F%2Fedicao.dom.sc.gov.br%2F1495734680_edicao_2261_ass.pdf#page=53). Acesso em nov 2018

SANTOS, FAZ e cols. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde coletiva** Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, dez. 2015.

SANTOS, AF e cols. AI e matricial na atenção à saúde. **Revista Saúde Pública**, 2015b, p.49-54

SATO, L. e cols. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 21, num. 79, pp 49-62, 1993.



SEADE, F. **Informação sobre os municípios Paulistas**. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#!/tabelas>. Acesso em dez 2018.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 94-108, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso). Acesso em jul 2015.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e Desgaste Mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011. pp. 33-114.

SOUZA, TP; CUNHA, GT. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 655-663, dez. 2013.

SOUZA, NV e LISBOA, MTL. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. **Red de Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal**. Rio de Janeiro, vol. 6, n.o 3, pp. 425-35, 2002.

SPRADLEY, JP. **Participant Observation**. Orlando- Florida. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1980.

STAP, Guarulhos. Nosso Jurídico cobrará cumprimento de sentença relativa ao PMAQ-AB. **Boletim STAP**. Disponível em: [http://www.stapguarulhos.org.br/lermais\\_materias.php?cd\\_materias=3057#.XAMmPWhKjIV](http://www.stapguarulhos.org.br/lermais_materias.php?cd_materias=3057#.XAMmPWhKjIV). Acesso em dez 2018.

SZABÓ JUNIOR, A. **Manual de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho**. São Paulo: Rideel, 2011.

TCE-SP. **Contas Anuais**. Disponível em: [http://www4.tce.sp.gov.br/contas-anuais/contas?qt-qt\\_contas\\_anuais=1#qt-qt\\_contas\\_anuais](http://www4.tce.sp.gov.br/contas-anuais/contas?qt-qt_contas_anuais=1#qt-qt_contas_anuais). Acesso em mar 2018.

TEIXEIRA, S.F.; OLIVEIRA, J.A. Medicina de grupo – a medicina e a fábrica. [pp. 181-205] In: GUIMARÃES, R. (org.) **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

VAZQUEZ, DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, jun. 2011.

VECHIA, PRL. **O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho de Guarulhos e as Políticas de Intervenção em Saúde Mental do trabalhador da saúde.** [Tese de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.

VECHIA, PRL. Gestão do Trabalho em Saúde: ações em assistência, prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores em nível municipal. In: LACAZ, FAC; GOULART, PM; JUNQUEIRA, V. (Org.). **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde.** 1ed.São Paulo: HUCITEC, 2017

VIEIRA-DA-SILVA, LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA; VIEIRA-DA-SILVA, LM (Org.). **Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. p. 15-41

VIEIRA-DA-SILVA. LM **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VIALLE, S C A; OLIVEIRA, LC; TONIM, SP. Incentivo Financeiro do PMAQ-AB/AB às equipes das Unidades Básicas de Saúde. In: BRASIL, MS. **Prêmio Inova-SUS 2014: valorização de boas práticas e inovação da gestão do trabalho na saúde.** Brasília, MS. 2014, pp.157-162.

## **ANEXOS**

1. Roteiro das entrevistas
2. Roteiro do grupo focal
3. Termo de consentimento livre e esclarecido
4. Aprovação Comitê de Ética Da SMS de Guarulhos
- 5. Aprovação Comitê de Ética**

## **Anexo 1. ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**

- Em que medida o PMAQ-AB impactou na organização do trabalho de sua equipe?
- A avaliação do programa se baseia em três aspectos: a autoavaliação, a avaliação externa e os indicadores de saúde. Qual a relação entre estes três aspectos?
- A autoavaliação é um instrumento de reflexão no trabalho e organização do mesmo?
- Existem espaços de reflexão coletiva sobre o programa e sua avaliação?
- O PMAQ-AB influenciou na qualidade de vida e na saúde dos trabalhadores pactuados? Como? E nos trabalhadores não contratualizados?
- Quais melhorias estruturais aconteceram com o programa nesta unidade?
- Em que medida o programa você acredita que o programa impactou na sua unidade e nos servidores que não são contratualizados?

## **Anexo 2. ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL**

- 1- A partir de sua experiência de trabalho na prefeitura e na contratualização com o PMAQ-AB, que mudanças observaram e que repercussões estas mudanças tiveram no seu bem-estar/saúde?
  - Recebimento de gratificação
  - Organização do trabalho
  - Condições de trabalho
- 2- De que forma a avaliação externa, os indicadores de saúde e a autoavaliação influenciaram no ambiente de trabalho?
  - Reflexão Individual
  - Reflexão Coletiva

### **Anexo 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Gestão do trabalho e repercussões na saúde dos servidores de um município da região metropolitana de São Paulo-SP”.

As informações abaixo estão sendo fornecidas para esclarecê-lo(a) sobre sua possível participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo analisar o processo de implantação do PMAQ-AB, na perspectiva da gestão do trabalho de um município da região metropolitana de São Paulo- SP, assim como as mudanças nas condições e na organização do trabalho bem como na saúde dos trabalhadores das equipes contratualizadas.

Para que este estudo aconteça, serão analisados documentos públicos sobre o programa, os estudos já realizados na área, entrevistas com gestores de unidades contratualizadas e grupos focais com servidores de equipes contratualizadas com o programa, além de observação da rotina de trabalho destas equipes.

As entrevistas e os grupos focais terão, em média uma hora e meia de duração e os assuntos abordados serão as condições e processos de trabalho, o PMAQ-AB, as transformações no local de trabalho e na vida dos trabalhadores. Esperamos, com as suas informações e os dados colhidos, obter um panorama da implantação do PMAQ-AB no município. Além disso, os resultados podem auxiliar nas intervenções resultantes do PMAQ-AB incentivando boas práticas e melhora no programa a partir da visão dos trabalhadores.

Não serão realizados procedimentos invasivos e, embora muito pouco provável --- pois a identidade dos entrevistados será sempre mantida em sigilo ---, há risco de a entrevista causar algum constrangimento ao participante. Não há benefício direto para o(a) Sr(a) por ser estudo de modelo de gestão, eventualmente o(a) Sr(a) será beneficiado(a) com as mudanças de condições de trabalho advindas dos resultados do projeto.

Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento. O(a) Sr(a) tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo.

O(a) Sr(a) tem toda a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento sem penalização alguma.

Não haverá despesas pessoais para o em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

A qualquer momento, se for de seu interesse, o(a) Sr(a) poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo ou a respeito dos resultados gerais do estudo.

Quando o estudo for finalizado, o(a) Sr(a) será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

Além dessas informações, em qualquer momento do estudo o(a) Sr(a) terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Eu, Patrícia Rosin Lacintra Vechia, sou a pesquisadora responsável e poderei ser encontrada no endereço Rua Botucatu, 740 – 4º andar–Vila Clementino- CEP 04023-062 – São Paulo – SP – Brasil - Tel.: (11) 5576-4848 ramal 1879.

Se tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – telefone (11) 5571-1062, São Paulo, SP. E-mail: cepunifesp@epm.br.

Caso haja o seu acordo em participar, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está sendo disponibilizado para a sua assinatura, em 2 vias originais, uma para ficar com o(a)

Sr.(a) e outro que ficará com a pesquisadora. Ambas as vias têm todas as páginas numeradas e devidamente rubricadas pelo Sr. ou Sra. e pelo pesquisador no momento da entrevista.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Gestão do trabalho e repercussões na saúde dos servidores de um município da região metropolitana de São Paulo- SP”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura





**SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE  
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
ESCOLA SUS GUARULHOS**

Guarulhos, 23 de outubro de 2015

**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

Após análise do conteúdo, manifestamo-nos favoráveis ao desenvolvimento do trabalho de pesquisa intitulado: "*O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DE ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): GESTÃO DO TRABALHO E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DOS SERVIDORES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - SP*", que será realizado nas Unidades Básicas de Saúde Belvedere, Jardim Rosa de França, Santo Afonso e Jardim Jaci, desta Secretaria, pela pesquisadora Patrícia Rosin Lacintra Vechia, como trabalho para obtenção do título de doutorado, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz, conforme documentação anexa. Salientamos que para autorização do início da pesquisa em campo, será necessário apresentação de Parecer com aprovação de "Comitê de Ética em Pesquisa".

---

**CARLOS CHNAIDERMAN  
SECRETÁRIO DA SAÚDE**





UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DE ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): GESTÃO DO TRABALHO E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DOS SERVIDORES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - SP

**Pesquisador:** Patricia Rosin Lacintra Vechia

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50229315.3.0000.5505

**Instituição Proponente:** Escola Paulista de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.327.776

### Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendências apontadas no parecer CEP. 1.319.280 de 12/11/2015

Nº CEP: 1315/2015 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.654, de 9/07/2011, tendo como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, buscando a garantia de padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente visando permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica. Com vistas ao estímulo e valorização do trabalhador da saúde, a proposta do PMAQ-AB foi concretizada e consolidada no município de Guarulhos pela votação da Lei Municipal 7252, de 10/04/14. Assim, o presente projeto, pretende analisar o PMAQ-AB na perspectiva da gestão do trabalho procurando entender a sua implementação num município da região metropolitana do estado de São Paulo assim como as mudanças nas condições e na organização do trabalho bem como na saúde dos trabalhadores de equipes contratualizadas. Para responder aos objetivos propostos, pretende-se realizar um estudo de caso

mediante: revisão bibliográfica; análise de documentos oficiais gerados no processo de

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com





Continuação do Parecer: 1.327.776

contratualização do PMAQ-AB; entrevistas semiestruturadas com gestores dos serviços, grupos focais com trabalhadores contratualizados e observação participante. Espera-se que este projeto possa ser referência para outros municípios do mesmo porte situados em regiões metropolitanas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO** Analisar o processo de implantação do PMAQ-AB, na perspectiva da gestão do trabalho, no município de Guarulhos-SP, assim como as mudanças nas condições e na organização do trabalho bem como na saúde dos trabalhadores de equipes contratualizadas.

**OBJETIVO SECUNDÁRIO** Descrever e avaliar o processo de implantação do PMAQ-AB no município de Guarulhos-SP; descrever as mudanças nas condições e organização do trabalho percebidas pelos trabalhadores de equipes contratualizadas; discutir a influência da contratualização do PMAQ-AB na saúde dos trabalhadores de equipes contratualizadas

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme descrito no parecer 1.319.280 de 12/11/2015

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme descrito no parecer 1.319.280 de 12/11/2015

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme descrito no parecer 1.319.280 de 12/11/2015

#### **Recomendações:**

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências apontadas no parecer inicial:

1) Adequar o TCLE ( Ver modelo de TCLE na página do CEP/UNIFESP, Plataforma Brasil: evite pendências) a) O TCLE deverá ser redigido em forma de convite em participar, contemplando os itens da resolução do CNS 466/12 ( pesquisa em seres humanos): título, objetivo, procedimentos que serão realizados, descrição da metodologia, (no caso entrevistas com um roteiro elaborado sobre.....) e quanto tempo gastarão em participar....., desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados, a liberdade do sujeito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, garantia de sigilo dos dados da pesquisa, .. Deve constar espaço para assinatura e data do pesquisador principal e participante da pesquisa, não devendo estar em folha separada do corpo do texto. Deve estar descrito que uma via deverá ficar com o pesquisador e outra com o participante. Todas as páginas do TCLE deverão estar numeradas

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.327.776

( ex: 1/4, 2/4, ..... ) e

devem ser rubricadas pelo pesquisador principal e participante no momento da aplicação do TCLE. Garantia de acesso à informação: deve ser fornecido os endereços e telefones dos pesquisadores e do Comitê de Ética para permitir que o participante tenha a quem recorrer em caso de dúvidas ou problemas. Deve haver a garantia de que os telefones dados sejam de grande disponibilidade para permitir o rápido do participantes. Ex: Em qualquer etapa do estudo, o Sr. terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr(preencher o nome do pesquisador principal)que pode ser encontrado no endereço (institucional) Telefone(s) ..... Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da

pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp - Rua Botucatu, 572 1º andar cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 - E-mail: cepunifesp@unifesp.br.

2) Rever a informação dada, no campo "Riscos" no formulário da Plataforma Brasil e no TCLE , que indica que a pesquisa não pode causar riscos. Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, embora pouco provável, a entrevista pode causar algum constrangimento dos participantes.

resposta/análise CEP: adequações realizadas e nova versão de TCLE apresentada - Pendências atendidas.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Liberado ad referendum.- resposta de pendencia.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_604104.pdf	16/11/2015 11:49:30		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PARECER.pdf	16/11/2015 11:47:20	Patricia Rosin Lacintra Vechia	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_corrigido.doc	14/11/2015	Patricia Rosin	Aceito

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.327.776

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.doc	17:09:09	Lacindra Vechia	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	19/10/2015 10:44:03	Patricia Rosin Lacindra Vechia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	18/10/2015 23:17:27	Patricia Rosin Lacindra Vechia	Aceito
Outros	termo_de_concordancia.pdf	15/10/2015 16:25:19	Patricia Rosin Lacindra Vechia	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	15/10/2015 16:21:57	Patricia Rosin Lacindra Vechia	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 18 de Novembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com